

Médecine (S.)  
OCT 24 1923

VI-Série. A. - Tome IV.

N° 8-9. - Août-Septembre 1923.

**ANNALES**  
**DE**  
**DERMATOLOGIE**  
**ET DE**  
**SYPHILIGRAPHIE**

FONDÉES PAR A. DOYON

SIXIÈME SÉRIE

Publiées par

CH. AUDRY (Toulouse). — J. BROCC (Paris). — J. DARIER (Paris).

V. DUBREUILH (Bordeaux). — E. JEANSELME (Paris).

J. NICOLAS (Lyon). — PAUTEIER (Strasbourg).

R. SABOURAUD (Paris). — G. THIBIERGE (Paris).

et P. RAYANT (Paris)

RÉDACTEUR EN CHEF



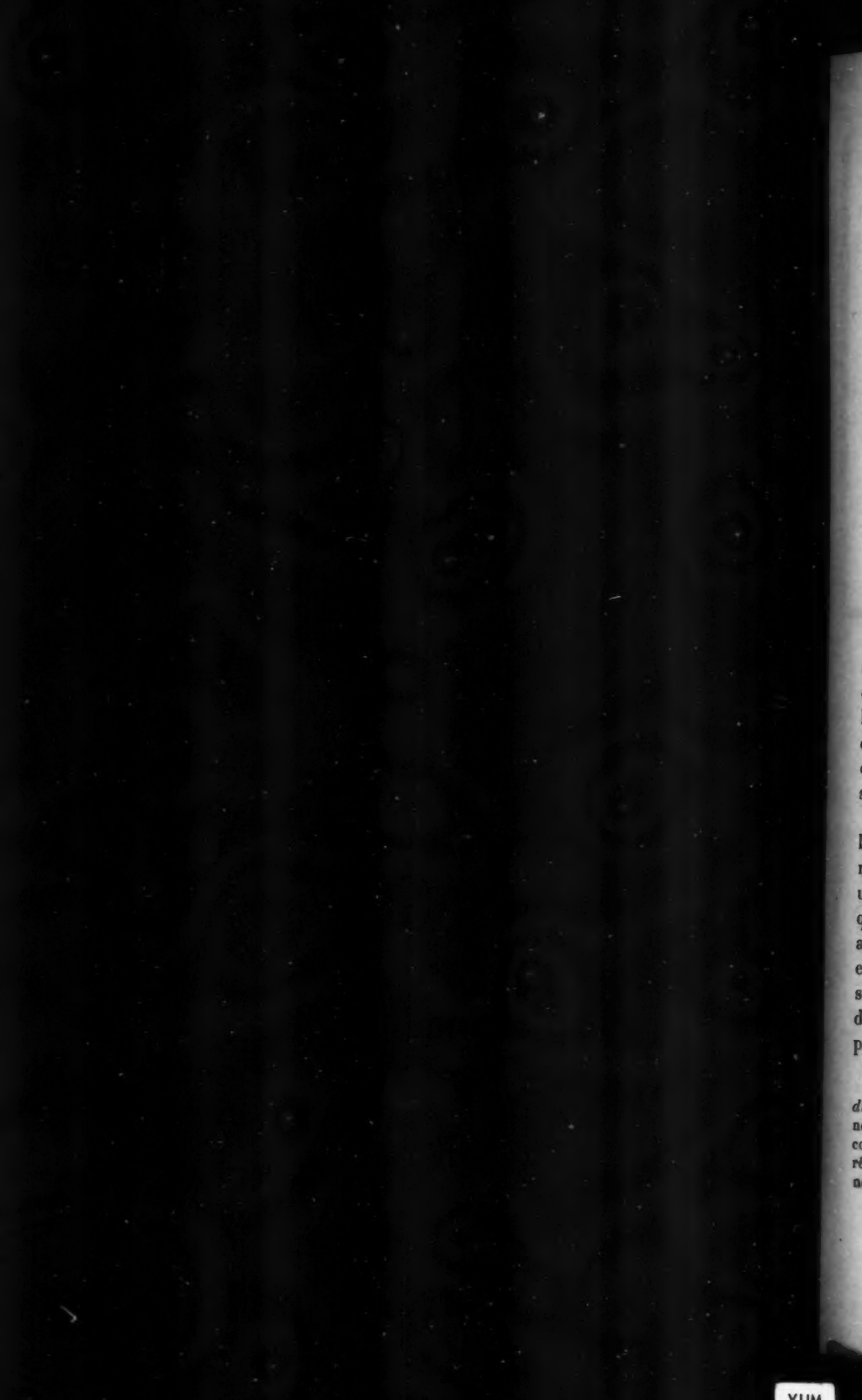
**MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS**

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

110, BOULEVARD-SAINT-GERMAIN, PARIS.









## TRAVAUX ORIGINAUX

### LES INOCULATIONS EXPÉRIMENTALES DE LA SYPHILIS A L'HOMME

Par les Drs Georges THIBIERGE et Jean LACASSAGNE.

#### (PREMIÈRE PARTIE)

Appliquée pour la première fois par Hunter à l'étude et à l'analyse nosologique des maladies vénériennes, l'inoculation expérimentale à l'homme a joué dans l'évolution des doctrines concernant ces maladies un rôle tantôt utile, tantôt néfaste.

La fâcheuse expérience de Hunter (1) qui, s'étant inoculé du pus d'un écoulement urétral, a vu apparaître un chancre syphilitique, a fait admettre l'identité d'origine de la blennorrhagie et de la syphilis. Il a fallu bien plus d'un demi-siècle pour qu'on songeât que cet écoulement urétral devait être symptomatique d'un chancre syphilitique du canal ou s'accompagner d'un chancre syphilitique intra-urétral.

Après Hunter, Ricord érigea en dogme que l'inoculation était la seule méthode scientifique permettant d'élucider les problèmes que soulevaient encore les maladies vénériennes; mais, par un scrupule qu'on ne saurait lui reprocher, se refusa systématiquement à la pratiquer sur des sujets autres que le porteur des accidents inoculés. Il déduisit de ses inoculations, et ce fut là une erreur grosse de conséquences, — erreur qu'un esprit vraiment scientifique aurait évitée — que seuls sont contagieux les accidents qui peuvent être réinoculés à leur porteur. De cette erreur propre à l'homme et non à la méthode, résulta un retard de plus

(1) La relation de cette expérience a été publiée dans le *Traité de la maladie vénérienne*, de HUNTER, (voir traduction française par RICHTOT, avec notes de RICORD, 2<sup>e</sup> édition, Paris, 1852, p. 625). Cette relation longue et confuse, sans précision sur certains détails essentiels, n'a plus qu'un intérêt historique, au point de vue documentaire, elle a si peu de valeur que nous n'avons pas cru devoir la reproduire ici.

de 30 ans dans la découverte de la dualité chancreuse, dualité que Hunter, clinicien de génie, avait entrevue, que Bassereau et Rollet devaient plus tard établir.

Entre les mains de médecins qui n'ont pas hésité à inoculer un sujet sain avec des produits recueillis chez des syphilitiques — pratique dont nous aurons à rechercher la légitimité et la moralité — l'inoculation a fourni la confirmation formelle de principes nosologiques que l'observation clinique avait permis de poser et dont elle avait parfois déjà à elle seule apporté la preuve.

L'inoculation n'a en effet d'autre raison d'être que de reproduire à volonté, dans des conditions d'observation précise et rigoureuse, des faits que la clinique rencontre rarement avec des garanties suffisantes d'authenticité, mais qu'elle montre à ceux qui savent observer et déduire.

Les inoculations sont parfois réalisées accidentellement, dans des circonstances telles qu'elles valent une expérience. Nous laisserons cependant de côté les inoculations accidentelles peu nombreuses — en partie parce que rarement publiées. — Nous ne nous occuperons ici que des inoculations expérimentales.

Remontant pour la plupart au milieu du siècle dernier, ces inoculations expérimentales sont généralement mal connues dans leurs détails, les auteurs classiques les ayant souvent citées de façon trop sommaire. Aussi nous a-t-il paru intéressant de les réunir ici, et d'en discuter la valeur d'ensemble.

Pour l'exposé qui va suivre, nous adopterons l'ordre chronologique des expériences. Aussi bien cet ordre est-il également l'ordre logique : les inoculations ont été faites pour résoudre les questions théoriques qui se posaient. Or ces questions se sont tout naturellement sérieées de telle façon que les inoculations susceptibles d'éclairer chacune d'elles se sont échelonnées sur des périodes pendant lesquelles les autres questions théoriques, déjà résolues ou non encore posées, ne fournissaient pas prétexte à des inoculations expérimentales.

1835-1859

#### LES INOCULATIONS PRATIQUÉES POUR DÉMONTRER LA CONTAGIOSITÉ DES ACCIDENTS SECONDAIRES

L'initiative et la responsabilité d'inoculations syphilitiques faites systématiquement et avec toute la rigueur scientifique désirable

sur des sujets sains conviennent à William Wallace qui sut, dès le début, opérer avec du virus syphilitique sans mélange d'autre matière contagieuse.

C'est en 1835 que ce remarquable observateur (1) fit ses expériences; c'est en 1837 (2) qu'il a publié cinq cas d'inoculations positives, ajoutant que ces cinq observations ne constituaient qu'une partie « une très petite partie des cas analogues qu'il pourrait citer ».

Voici le résumé de ces expériences par ordre chronologique.

EXPÉRIENCE I DE WALLACE (3). — Un jeune homme sain de 23 ans est inoculé le 1<sup>er</sup> juin 1835 par piqûres sur la peau du penis avec une lancette recouverte de pus de pustules syphilitiques datant de 4 semaines.

28 juin. Une croûte recouvre les piqûres. Les ganglions inguinaux sont un peu tuméfiés mais indolents. En enlevant la croûte le 29 juin, on découvre une surface unie, rouge sombre, de la grandeur d'une pièce de six pence en argent.

14 juillet. L'ulcération du penis est un peu plus saillante. Apparition d'une syphilide maculo-papuleuse.

20 août. Apparition de condylomes suintants de la région anale et du scrotum.

EXPÉRIENCE II DE WALLACE (4). — Jeune homme de 19 ans, inoculé le 10 août 1835, sur la peau de la face interne de la cuisse dépouillée

(1) William WALLACE. Docteur de l'Université d'Edimbourg, fut chirurgien de la Charité de Dublin, chirurgien de l'Infirmierie pour les maladies de la peau, professeur de chirurgie clinique. Membre de l'Académie royale d'Irlande. Mort du typhus en 1838, à la fleur de l'âge.

(2) WALLACE. Clinical lectures and remarks delivered on diseases of the skin, venereal diseases and surgical cases, Lectures XXII and XXIII, on Syphilis. *The Lancet*, 8 et 22 juillet 1837, p. 534 et 615.

Ces leçons, comme les leçons très remarquables qui les ont précédées, ont été traduites en allemand et reproduites dans la *Syphilidologie* (de Behrend).

Une traduction française *in extenso* des inoculations qui y sont rapportées a été donnée par B. SCHNEFF dans son article sur la contagion des accidents secondaires de la syphilis. *Annales de la syphilis et des maladies de la peau*, t. IV, octobre et novembre 1851, p. 5 et 34. Cette traduction reproduite par ROLLET (*Traité des maladies vénériennes*, Paris, 1865, p. 512 et 527) renferme un certain nombre d'inexactitudes dans les termes dermatologiques, inexactitudes dues vraisemblablement à ce que le texte primitif a subi successivement la translation en allemand et en français. Il y a donc lieu, pour prendre une connaissance précise des expériences de Wallace, de se reporter au texte anglais initial, dont aucun auteur à notre connaissance n'avait jusqu'ici fourni l'indication bibliographique.

(3) *The Lancet*, loc. cit., p. 621.

(4) Loc. cit., p. 535.

de son épiderme sur l'étendue d'un schilling, par frictions avec l'extrémité du doigt recouvert d'un linge. On maintient sur la surface saignante ainsi obtenue de la charpie trempée dans la sécrétion d'un condylome.

28 août. La plaie d'inoculation est guérie.

7 septembre. Apparition d'une saillie tuberculeuse qui le 30 septembre s'ulcère et suppure.

24 octobre. Eruption rubéoliforme sur la poitrine et l'abdomen.

13 novembre. Douleurs ostéocopes. On commence un traitement mercuriel par pilules. Guérison au début de janvier.

EXPÉRIENCE III DE WALLACE (1). — Homme de 36 ans, inoculé le 19 août 1835, suivant la même technique avec le produit de sécrétion d'une ulcération développée chez un sujet porteur d'une forme exanthématique de syphilis sur le gland et la face interne du prépuce.

28 août. Cicatrisation de la plaie d'inoculation. On fait sur la cuisse droite une plaie que l'on recouvre des sécrétions provenant encore du même sujet.

Environ un mois après, apparition de tubercules indurés sur les points d'inoculation. Deux mois après éruption de syphilides érythémateuses légèrement saillantes et légèrement squameuses sur tout le corps.

Depuis le malade n'a pas cessé d'avoir des manifestations syphilitiques nouvelles. Enfin, en décembre, le malade prostré et affaibli est soumis au traitement mercuriel. Guérison rapide.

EXPÉRIENCE IV DE WALLACE (2). — Jeune homme de 20 ans, inoculé le 21 août 1835, par le même procédé à la face antéro-interne des deux cuisses avec le produit de sécrétion des ulcérations du malade qui a fourni la matière à inoculer dans l'observation précédente.

31 août. Les surfaces sont élevées, comme tuberculeuses.

4 septembre. Surfaces plus proéminentes et plus tuberculeuses.

En octobre, apparition d'une céphalée frontale avec exacerbation vespérale.

6 novembre. Toute la surface du tronc est couverte d'une éruption maculeuse confluyente à peine saillante.

2 décembre. Iritis. Le malade est alors soumis à un traitement mercuriel.

EXPÉRIENCE V DE WALLACE (3). — Jeune homme de 27 ans, inoculé le 15 novembre 1835, à la lancette sur les deux cuisses avec du pus de pustules syphilitiques.

14 décembre. Au niveau des piqûres apparition de petites papules saillantes d'un rouge brun, formant des petits tubercules.

(1) *Loc. cit.*, p. 536.

(2) *Loc. cit.*, p. 538.

(3) *Loc. cit.*, p. 620.

11 janvier 1836. Les lésions se sont transformées en pustulo-croûtes. Régions inguinales tuméfiées.

21 janvier. Céphalée nocturne, éruption rubéoliforme, croûtes dans les cheveux.

Wallace rapporte (4), en outre, sommairement trois inoculations faites par un de ses anciens élèves, médecin à Dublin, avec la sécrétion de condylomes syphilitiques sur la peau excoriée par frottement : dans deux cas, il se développa au point d'inoculation des condylomes ayant à peu près les mêmes caractères que ceux qui avaient fourni la matière inoculée ; dans le troisième il se produisit une ulcération qui s'excava au centre en même temps que la périphérie se relevait en forme de bourrelet.

On est péniblement impressionné quand on songe que ces hommes de 20 à 30 ans furent inoculés, probablement sans leur consentement, et ne furent traités que plusieurs mois après l'infection. De tels procédés sont inadmissibles.

A la décharge de W. Wallace, il faut ajouter que ce médecin, excellent observateur, partisan convaincu de la contagiosité des accidents secondaires voyait la majorité des médecins se rallier servilement au dogme huntérien, dogme qu'il jugeait dangereux et susceptible de favoriser la propagation de la syphilis.

C'est pour avoir la démonstration scientifique de ses convictions que Wallace recourut aux inoculations. Notons qu'il commettait cette double erreur de croire que l'inoculation des accidents secondaires donne naissance à des accidents secondaires et qu'« un individu infecté de syphilis est susceptible d'être contaminé par un virus qui est moins épuisé que le sien propre ».

L'idée dominante de Wallace, c'est-à-dire la notion, si importante et grosse de conséquences pratiques, de la contagiosité des accidents secondaires, n'eut aucun succès en France ; l'Ecole du Midi lui était opposée et c'était aussi par la méthode des inoculations que son chef, Ricord, prétendait prouver que seul le chancre était contagieux. C'est que ce chef d'école, dont l'influence, il faut bien le dire, fut longtemps néfaste, ne pratiquant jamais que des autoinoculations, n'obtenait et ne pouvait obtenir de résultats positifs qu'avec le pus de chancre simple.

(1) *Loc. cit.*, p. 539.

Cependant en France Vidal (de Cassis) (1) était amené à admettre la contagiosité des accidents secondaires par des confrontations qui lui avaient permis de déterminer la source de la contamination; des observations analogues avaient été publiées par plusieurs syphiligraphes comme Baumès, Cazenave, H. de Castelnau. En 1849 à l'hôpital du Midi (depuis hôpital Cochin-Ricord) il inocula simultanément le même produit (pus d'ecthyma syphilitique) sur le sujet lui-même et sur un sujet sain (2).

EXPÉRIENCE DE VIDAL (de Cassis). — Un homme de 23 ans atteint, six semaines auparavant, d'un chancre du frein ayant laissé une induration, vit apparaître des condylomes de l'an us et une éruption généralisée de papules qui se transformaient au bout de 3 à 4 jours en pustules de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de cinquante centimes, pustules entourées d'une zone d'un rouge cuivreux. La plupart sont surmontées d'une croûte noirâtre ou blanchâtre; elles reposent sur un tissu un peu boursoufflé.

Le 28 octobre 1849 on inocule à la lancette du pus d'une des pustules à la partie inférieure et interne de chaque cuisse du malade. Le 29, apparaît une élévation sur chaque petite plaie qui peu à peu revêt les caractères des pustules du tronc. Le pus des pustules d'inoculation inoculé à la partie supérieure et interne des cuisses reproduisit des pustules semblables.

Le 1<sup>er</sup> novembre, M. Boudeville, interne en pharmacie, qui n'a jamais eu d'accidents vénériens, s'offre pour subir l'inoculation; du pus est puisé dans une pustule non ulcérée de la partie latérale gauche de la poitrine du malade précédent et inoculé avec une lancette à la partie inférieure de la face interne de l'avant-bras gauche de M. Boudeville; du pus pris sur une autre pustule aussi récente de la même région est inoculé à l'avant-bras droit.

Dès le lendemain un commencement d'inflammation se manifesta au niveau des piqûres. Le 3 novembre une papule de deux millimètres environ occupait le centre d'un cercle rouge. Le 5, elle prit les caractères d'une pustule. Vers le 15 les lésions s'affaissèrent et se cicatrisèrent. Le 5 décembre, deux pustules apparaissent exactement à la place des premières, suppurent abondamment et ne se cicatrisent que vers le 20 janvier 1850.

M. Boudeville refusa de se soumettre au traitement ne jugeant pas l'expérience assez concluante et jusqu'au 8 mars 1850 ne s'aperçut d'aucun symptôme d'infection générale, puis apparurent des pustules plates lenticulaires du cuir chevelu. Un ganglion cervical postérieur

(1) A. VIDAL (de Cassis). *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1853, p. 354.

(2) VIDAL (de Cassis). De l'inoculation de l'ecthyma syphilitique, *Annales des maladies de la Peau et de la Syphilis*, 1850-1851, p. 113.



et supérieur s'engorgea et de l'alopecie se manifesta. Vers le 25 avril, survinrent quelques difficultés dans la déglutition ; une roséole parut sur le corps pendant 3 ou 4 jours et enfin des plaques muqueuses sur les piliers du voile. C'est alors seulement que Boudeville prit le traitement mercuriel.

Vidal fut vigoureusement attaqué à la Société de chirurgie à laquelle il communiqua cette expérience (1), surtout par Culerier qui estimait que les lésions inoculées étaient des chancre reproduits par grattage chez le malade auquel le pus avait été emprunté. Il déclara péremptoirement que les expériences nombreuses de Ricord confirment le fait que seul le chancre est contagieux. Comment ne pas croire un tel oracle ?

Vidal se défendit énergiquement et résuma ainsi les conclusions à tirer de son expérience (2) « Pour moi la question est résolue car je n'avais pas à établir la possibilité de transmettre telle ou telle forme de la syphilis mais une des formes. Or j'ai transmis la vérole. La question, je le répète, n'est pas de savoir si une forme secondaire peut transmettre une forme identique, mais bien une forme syphilitique quelconque » (3).

Il faut bien reconnaître que cette expérience ne fit que brouiller les cartes. Il est évident, en effet, que les lésions développées dès le lendemain de l'inoculation étaient, comme dans deux autres expériences du même auteur (4) des pustules d'ecthyma, affection dont un homonyme de Vidal (de Cassis), Emile Vidal, devait démontrer plus tard l'inoculabilité ; il est évident aussi que les accidents primitifs se développèrent seulement au bout de 35 jours, enfin que les accidents secondaires n'apparurent qu'après une deuxième incubation, anormalement longue de trois mois.

Pendant que ces discussions passionnées avaient lieu à Paris, Waller (3), à Prague, rendait compte de ses observations et de ses expériences et arrivait à la même conclusion que Wallace en Angleterre, à savoir que la syphilis primitive et la syphilis

(1) Compte rendu de la Séance du 5 février 1851 de la Société de chirurgie in *Union médicale*, 8 février 1851.

(2) A. VIDAL (de Cassis) *Traité des maladies vénériennes*, 1853, p. 360.

(3) Ces deux observations ont trait à des auto-inoculations ; elles ont été, elles aussi, considérées comme des cas de chancre par les contemporains de Vidal (de Cassis).

(4) JEAN RITTER VON WALLER (1811-1880). Fut de 1847 à 1859 chef de la clinique des maladies vénériennes et de la peau à Prague.

secondaire sont l'une et l'autre inoculables; le pus des ulcérations primitives reproduit de nouveau l'ulcération primitive; les produits de la syphilis secondaire n'engendrent que les formes secondaires.

Waller admettait en outre contrairement à Ricord auquel, sur ces points, l'avenir a donné raison, que la syphilis secondaire peut se manifester sans qu'il y ait eu de chancre primitif et qu'une lésion syphilitique secondaire peut apparaître comme premier phénomène de syphilis au point d'inoculation.

Il soutenait aussi que « le sang d'individus affectés de syphilis secondaire pouvait servir à transmettre le poison syphilitique » et en cela il avait raison. Pour établir sa doctrine, Waller se basait sur les observations des siècles passés, sur la grande épidémie du xv<sup>e</sup> siècle « si féconde en vérités comme en fables » et sur ses propres expériences.

L'exposé de ses idées est lumineux, sa logique puissante, mais il s'attaquait au chef de l'école du Midi qui n'admettait ni la contagiosité des accidents secondaires ni la contradiction; il faut lire dans les 30<sup>e</sup> et 31<sup>e</sup> de ses *Lettres sur la syphilis* (1) comment Ricord combat son adversaire: c'est par des plaisanteries, par des jeux de mots, en lui imputant des erreurs de diagnostic et des examens incomplets... mais la logique de Waller a résisté à l'épreuve du temps. Pour arriver à une rigoureuse interprétation des inoculations expérimentales, Waller pensait qu'il fallait avant tout agir sur des individus sains qui puissent être longuement suivis. Après une longue attente, deux individus qu'il jugeait parfaitement propres à ce genre d'essai s'offrirent à lui.

EXPÉRIENCE I DE WALLER (2). — Jeune garçon de 15 ans atteint de lupus de la joue est inoculé le 27 juillet 1850 à la cuisse gauche avec le sang obtenu par scarifications d'une femme atteinte de syphilis secondaire caractérisée par des tubercules à la peau du visage et des taches sur tout le corps. Le sang déjà en grande partie coagulé fut introduit dans des plaies soigneusement nettoyées produites par scarifications chez le sujet inoculé; on se servit d'une baguette de bois et de charpie imbibée de ce sang; cette charpie fut appliquée et fixée sur la partie scarifiée; au bout de 3 jours, les plaies étaient complètement fermées.

(1) RICORD. *Lettres sur la syphilis*. 2<sup>e</sup> édition, Paris 1856, p. 304 et 323.

(2) WALLER. *Prager Vierteljahrsschrift für die prakt. Heilkunde*, VIII 1851, p. 29 — Traduction par A. AXENFELD in *Annales de la Syphilis et des maladies de la peau*, 1850-1851. Tome III, p. 174.



Le 31 août, 34 jours après l'inoculation, au point inoculé apparaissent deux tubercules distincts, de teinte rougeâtre, secs à leur surface. Les jours suivants, ils s'agrandirent et se réunirent par leur base qui devint ferme, résistante (indurée) et à la surface des tubercules une ulcération se forme qui donne lieu à la production d'une croûte mince et brune.

Le 26 septembre, inappétence et insomnie.

1<sup>er</sup> octobre, exanthème de la peau de l'abdomen, de la poitrine, des cuisses. Dans les jours suivants l'éruption des taches devint tellement abondante que le corps entier, sans excepter le visage, en fut semé.

6 octobre, plusieurs taches se soulèvent en papules et en tubercules.

EXPÉRIENCE II DE WALLER. — Un enfant de 12 ans, atteint de teigne favéuse est scarifié le 6 août 1850 sur la face antérieure de la cuisse et dans les scarifications on insinue le pus de plaques muqueuses en se servant d'une spatule en bois et de charpie imbibée de ce pus avec laquelle on frictionna légèrement les plaies et qui ensuite y fut déposée et fixée. La matière inoculée avait été prise sur une femme atteinte de plaques muqueuses des grandes et petites lèvres, qui présentait bien une cicatrice de chancre mais n'avait à ce moment là aucune ulcération primitive. Une éruption de taches était répandue sur le corps.

Après une très légère inflammation, toutes les plaies de scarification sont fermées le 4<sup>e</sup> jour.

Le 30 août, au siège de l'inoculation, apparition de quatorze tubercules cutanés, la plupart au niveau des cicatrices mêmes des scarifications. Ces tubercules étaient presque tous confluent, à base large, du volume d'une lentille ou d'un pois, durs au toucher; ils étaient la plupart d'un rouge sale.

27 septembre, après une augmentation de volume des tubercules, on constate une syphilide maculeuse sur le ventre, la poitrine et le dos.

Dans les premiers jours d'octobre quelques-unes de ces taches deviennent papuleuses, d'autres tuberculeuses.

Peu après les expériences de Waller, en 1851, se place l'inoculation que Lindmann (1) fit sur lui-même (2). Il s'inocula la syphilis non pour étudier la contagiosité des accidents secon-

(1) LINDMANN, jeune médecin allemand, qui a pratiqué ces inoculations à Paris, sous les yeux de Ricord. A été présenté par Ricord à l'Académie de médecine (séance du 18 novembre 1851) alors qu'il avait encore des ulcérations chancreuses et une syphilide.

(2) Nous devons ajouter qu'avant cette inoculation du 8 juillet 1851, Lindmann s'était inoculé en décembre 1850 et janvier 1851, à plusieurs reprises, 10 à 12 chancres sur la verge. Ces chancres furent cicatrisés au bout de 5 à 10 jours, sans traitement mercuriel (il s'agissait bien entendu de chancres simples).

dares mais dans le but de vérifier les idées émises sur la syphilisation, théorie sur laquelle nous aurons à revenir dans la suite. Cette expérience apporte pourtant un exemple de plus de la contagiosité d'accidents secondaires.

Voici l'observation résumée, d'après le rapport de Bégin (1).

EXPÉRIENCE DE LINDMANN. — Le 8 juillet 1851, Lindmann prélève du pus sur des plaques muqueuses ulcérées des amygdales d'un sujet atteint depuis 2 mois d'un chancre de la verge et se les inocule à la face antérieure du bras gauche. Rien à signaler jusqu'au 18 juillet; ce jour-là, apparition d'une élevation rouge vif que Lindmann qualifie de papule. Celle-ci devint grosse comme une lentille et se couvrit de croûtes, puis ces croûtes tombèrent et laissèrent à découvert une ulcération indurée.

Un mois après environ, douleurs rhumatoïdes accompagnées d'un peu de fièvre. Le 1<sup>er</sup> octobre l'ulcération est cicatrisée. Apparition d'une roséole.

Ce fait, on le voit, établit la contagiosité des plaques muqueuses amygdaliennes.

A peu près à la même époque des recherches importantes se poursuivaient en Allemagne sur l'inoculation de la syphilis, mais ce n'est que plusieurs années après, en 1858, qu'un article de Lasègue, dans les *Archives de médecine*, les fit connaître en France.

Voici, résumées par ordre chronologique, ces expériences. Les premières sont dues à Rinecker (2) qui inocula deux jeunes médecins.

EXPÉRIENCE I DE RINECKER (3). — Un jeune médecin W. R., âgé de 24 ans, n'ayant jamais eu la syphilis s'offrit à pratiquer sur lui-même une inoculation avec la sécrétion des lésions d'un enfant

(1) BÉGIN. Rapport sur un fait relatif à la syphilisation. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 20 juillet 1852.

(2) *Verhandlungen der Würzburger ärztliche Gesellschaft*, t. I, p. 117; ROLLET. *Traité des maladies vénériennes*, p. 531.

(3) FRANZ VON RINECKER (1811-1883) étudia la médecine à Munich; fut médecin militaire polonais blessé à la prise de Varsovie, alla en captivité en Russie. Revenu de captivité, il continua ses études à Vienne et les termina à Munich en 1832. En 1833, privat docent à Würzburg. En 1837, professeur extraordinaire. En 1838, professeur titulaire et chef de la clinique infantile. En 1872, chef de la clinique des maladies de la peau et des maladies vénériennes de Würzburg.

atteint de syphilis congénitale avec larges condylomes des parties génitales et de la face interne des cuisses et éruption sur le visage.

Le 5 janvier 1852 après qu'on eut appliqué un vésicatoire de trois pouces de long sur deux de large sur le bras gauche de W. R. on introduisit sous l'épiderme qui n'avait pas été détaché le pus de quelques pustules d'acné de la région frontale de l'enfant. Pansement simple.

Le 2 février apparaît sur la plaie du vésicatoire une rougeur foncée cuivrée, exactement limitée à la surface du vésicatoire; la peau est dure et infiltrée. On reconnaît plusieurs élevures papuleuses du volume d'une lentille. Le 15 février (42 jours après l'inoculation) les tubercules isolés sont notablement étendus, fortement saillants et couverts d'une croûte qui rappelle le rupia. Les ganglions de l'aisselle sont tuméfiés et douloureux.

Le 12 juin pour la première fois l'inoculé se plaint de malaises, de mal de tête et huit jours plus tard apparaissent des plaques de la bouche et du scrotum.

Un traitement interne par le mercure amène la guérison au bout de quelques semaines.

EXPÉRIENCE II DE RINECKER (1). — Le 13 février 1852, une inoculation fut pratiquée sur le Dr Warnery (de Lausanne) au bras droit, suivant le même procédé et avec le pus de la lésion primitive développé sur le bras du jeune médecin W. R.

La plaie du vésicatoire guérit en peu de jours.

Le 9 mars, la plaie du vésicatoire rougit, la peau est dure et infiltrée, on voit plusieurs élevures résistantes, papuleuses. Pas de douleurs.

Le 21 mars, la surface du vésicatoire présente des excroissances tuberculeuses, cuivrées, saillantes, confluentes par places, recouvertes pour la plupart de croûtes brunâtres.

Le Dr Warnery fit usage de pommade au deutoiodure; au bout de 3 semaines, toute trace de cette éruption avait disparu. Au commencement de mai, il se déclara une vive céphalalgie qui devint intolérable, puis survint une syphilide lenticulaire du visage et du cuir chevelu et des plaques muqueuses de l'amygdale, du scrotum et de la partie interne des cuisses.

Nous arrivons aux fameuses inoculations de l'Anonyme du Palatinat; par leur nombre, par la précision avec laquelle elles ont été faites, elles ont une valeur indiscutable, aussi leur retentissement dans le monde scientifique fut-il grand. Elles furent longtemps entourées de l'aurole du mystère: le nom de leur auteur, bien que cité dans une première communication, avait

(1) *Loc. cit.*, t. III, p. 375, et ROLLET. *Traité des Maladies Vénériennes*, p. 495.

ensuite été soigneusement dissimulé; tout le monde l'avait oublié et lui-même se gardait de soulever le voile qui le dissimulait.

En 1900, Erich Hoffmann (1), au cours de recherches faites à propos d'un travail sur le caractère infectieux du sang syphilitique, put percer le mystère, mais ne dévoila pas le nom de l'anonyme. C'est au Dr André Bing (2) que nous devons de le connaître : s'étant, comme Hoffmann, reporté aux comptes rendus de la Société des Médecins du Palatinat, il put établir que le fameux anonyme était le Dr Bettinger (3), médecin de l'hôpital de Frankenthal, clinicien averti, ardent partisan de la contagiosité des accidents secondaires.

Les objections « insoutenables et superficielles » que Ricord avait opposées aux expériences de Wallace ne l'avaient pas convaincu. Aussi, dans une première communication, résumée sous son nom dans le *Rapport médical* de 1854 pour le Palatinat (4) fait-il connaître ses recherches.

En 1855, à l'Assemblée générale de la Société de Médecine du Palatinat, à propos d'une discussion sur la contagion vaccinale de la syphilis, des éclaircissements plus complets furent donnés sur ces expériences, sous une forme qui explique comment et pourquoi, la première communication ayant passé inaperçue avec le rapport où elle est enfouie, leur auteur demeura si longtemps anonyme.

Le procès-verbal est intéressant à lire; il s'exprime ainsi :

(1) E. HOFFMANN. Experimentelle Untersuchungen über die Infektiosität des syphilitischen Blutes. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1906, n° 13, p. 497.

(2) A. BING. L'anonyme du Palatinat (Pfälzer Anonymus) *Chronique Médicale*, 15 mai 1909, p. 305.

En 1912, E. HOFFMANN revenant sur ses premiers scrupules de discrétion se décide dans un article où il reproduit le tableau des inoculations et divers autres documents (E. HOFFMANN : Wer ist der « Pfälzer anonymus »? *Dermatologische Zeitschrift*, 1912, n° 12, p. 1043) à faire connaître le nom de BETTINGER et en 1913 publie un article biographique sur BETTINGER. (E. HOFFMANN, Einiges aus dem Leben JULIUS BETTINGER, des Pfälzers Anonymus. *Dermatologische Zeitschrift*, 1913, n° 3, p. 220.

(3) JULES BETTINGER, né le 31 mars 1802 à Zweibrückens a étudié la médecine à Würzburg; à l'âge de 22 ans, étant assistant à l'hôpital de Frankenthal, pratiqua à Lauterecken et à Kusel comme médecin de cercle; en 1836 est médecin de l'hôpital de Frankenthal où il exerça ses fonctions pendant près de 50 ans, jouissait d'une très grande considération dans le Palatinat. Mort le 6 février 1887.

(4) *Aertzliches Intelligenzblatt*, 1856, p. 89.

« Comme la discussion se poursuit sur ce terrain et qu'on oppose les recherches de Waller à celles de Ricord, le secrétaire profite de l'occasion pour faire connaître à l'assemblée le contenu d'une communication que lui envoie un ami du dehors en rapport avec le sujet traité et susceptible de trancher la question en suspens. Par suite de circonstances spéciales, le confrère auquel il fait allusion se serait trouvé en état, sans enfreindre les lois de l'humanité et sous le couvert d'une scrupuleuse observance des conditions pouvant autoriser de semblables recherches, d'instituer des expériences relatives à la contagiosité de la syphilis ».

Ces expériences furent faites sur 14 individus (8 hommes et 6 femmes) soumis pendant plus de 3 ans à l'observation et qui n'avaient, autant qu'on peut s'en assurer, jamais eu de syphilis; leur peau et leur muqueuse pharyngée étaient saines.

La matière inoculée fut recueillie sur une fille de 22 ans, détenue depuis 8 semaines dans une prison, ayant au moment de l'examen des taches d'un rouge cuivré sur tout le corps, du gonflement des deux amygdales; dans le sillon rétro-auriculaire des rhagades profondes à bords durs et lardacés, fournissant un pus grisâtre; le bord antérieur et la face interne des grandes lèvres étaient couverts de plaques muqueuses.

Les expériences sont résumées très clairement dans le tableau suivant que nous traduisons textuellement de l'*Aerztliches Intelligenzblatt* et qui a été reproduit par la plupart des auteurs allemands (Auspitz, M. von Zeisel, E. Hoffmann).

En suivant l'ordre chronologique, nous trouvons après les expériences de Bettinger une inoculation de chancre syphilitique faite par Rollet. Nous reproduisons intégralement le récit de Rollet (1), qui montre dans quelles circonstances, et avec quelle probité à la fois scientifique et morale le maître lyonnais pratiqua cette inoculation.

EXPÉRIENCE DE ROLLET. — « J'ai inoculé une fois un chancre induré, et je dois dire que tout s'est passé comme dans les autres inoculations syphilitiques.

Il y a eu une incubation de 18 jours, puis une papule s'est développée; 3 jours après, une ulcération a d'abord envahi le centre, puis

(1) ROLLET. *Traité des Maladies Vénériennes*, Paris, 1865, p. 500.

Tableau des inoculations de Bettinger, l' « Anonyme du Palatinat »

Numero de l'expérience	Sexe	Age	Date de l'inoculation	Nombre des inoculations	Apparition de l'accident local	Durée de la première inoculation	Apparition des symptômes de syphilis	Durée de la 2 <sup>e</sup> inoculation	Résultats des inoculations
<i>Première série d'expériences. — Inoculations avec du pus ou de la sécrétion provenant de condylomes et de rhagades d'un sujet atteint de syphilis secondaire</i>									
1 <sup>o</sup>	F.	17	21/8 1854	5	7/9	15	4/10 1854	27	On constata d'abord des macules généralisées avec de la fièvre et des douleurs de la région hépatique. Ces macules persistèrent pendant plusieurs semaines. Puis apparurent des ulcérations du pharynx, de larges condylomes puis sous le sein et une tuméfaction de la clavicule.
2 <sup>o</sup>	M.	20	6/9 1854	3	29/9 1854	23	14/1 1855	107	Macules, forte inflammation de la muqueuse pharyngée.
3 <sup>o</sup>	M.	23	"	3	"	"	"	"	Les points d'inoculation, enflammés le lendemain, suppuraient mais guérirent en 8 jours sans phénomènes ultérieurs.
4 <sup>o</sup>	"	26	8/9	4	23/9	15	30/4	68	Id.
5 <sup>o</sup>	"	27	"	4	25/9	17	26/11	64	Id.
6 <sup>o</sup>	"	19	"	4	"	"	"	"	Les points d'inoculation s'enflammèrent le 2 <sup>e</sup> jour, de petits nodules se formèrent qui bientôt suppuraient et guérirent en 10 jours sans phénomènes ultérieurs.
7 <sup>o</sup>	"	23	13/9	5	1/10	17	26/10	26	Macules, plaques du pharynx, puis tubercules cutanés.
8 <sup>o</sup>	"	18	"	2	8/10	25	26/11	36	Id.
9 <sup>o</sup>	"	26	"	5	"	"	"	"	Infection des points d'inoculation. Le 19 septembre plaie gangréneuse qui commença à se déterger le 21. Aucune manifestation générale.
10 <sup>o</sup>	F.	25	20/9 1854	10	26/10 1854	36	"	"	Les points d'inoculation se couvrirent de petites squames grises et minces et suppuraient. Le 27 novembre ils avaient guéri; quelques squames seulement montraient leur plaie. Aucune manifestation générale jusqu'au 30 septembre.
11 <sup>o</sup>	"	20	20/9	10	12/10	21	23/11	33	Macules et condylomes puis sur les grandes lèvres et la surface interne des cuisses. Plaques muqueuses du pharynx.
<i>Deuxième série d'expériences. — Inoculations avec le pus des chancres du n<sup>o</sup> 1</i>									
12 <sup>o</sup>	F.	24	20/9	5	13/10	23	27/11	35	Macules, puis éruption papulo-squammeuse généralisée. Pas de plaques muqueuses du pharynx.
13 <sup>o</sup>	"	35	5/10	10	18/11	42	"	"	Les lésions du bras étaient cicatrisées à la fin novembre 1857. Pas d'éruption.
14 <sup>o</sup>	"	26	"	10	21/10	46	"	48	Macule avec fièvre intense. Pharyngite marquée. Douleurs de la région hépatique. Plus tard, plaques muqueuses et tubercules de la peau.
<i>Troisième série d'expériences. — Avec le sang du même syphilitique secondaire.</i>									
15 <sup>o</sup>	"	"	"	"	"	"	"	"	On a badigeonné des ulcères des pieds de six individus, auparavant on avait détergé ces ulcères avec des lotions à l'eau chaude.
16 <sup>o</sup>	"	"	"	"	"	"	"	"	Chez trois sujets, dont les ulcères avaient la grandeur d'une pièce d'un franc, il n'y eut pas de phénomènes généraux.
17 <sup>o</sup>	"	"	"	"	"	"	"	"	Chez trois autres, dont les ulcères avaient la grandeur d'une main, survinrent des macules, des plaques du pharynx, des tubercules cutanés sans fièvre d'une durée de 93, 117, 134 jours. Rien à signaler sur les ulcères eux-mêmes.
<i>Quatrième série d'expériences. — Avec le sang d'un des trois derniers infectés.</i>									
21 <sup>o</sup> à 23 <sup>o</sup>	"	"	"	"	"	"	"	"	On a inoculé sans résultats 3 individus sur 6 plaies par ventouses scarifiées.



la totalité de la papule, et j'aurais eu sans doute un chancre induré complet si je n'avais soumis immédiatement le malade à un traitement antisypilitique. Ce chancre induré, je l'avais d'abord inoculé au malade lui-même, sans résultat, je l'avais inoculé à d'autres malades affectés de chancre induré, également sans résultat ; enfin je l'avais inoculé à plusieurs sujets affectés de syphilis secondaire et tertiaire, toujours sans résultat. *N'ayant pas alors d'idées arrêtées sur le double virus chancreux, je crus pouvoir l'inoculer impunément à un malade qui venait d'avoir un chancre simple et deux bubons reconnus chancreux à l'incubation.* C'est chez lui qu'apparurent, après une incubation de 18 jours, la papule et l'ulcération dont j'ai parlé.

« Cette inoculation, qui remonte à 1856, a été faite à l'Antiquaille devant MM. Diday, Gailleton, Dron, etc... qui ont vu le malade.

« Elle a été, dit Rollet, le trait de lumière qui a dissipé pour moi, et peut-être aussi pour mes collègues, les obscurités dont était encore enveloppée la doctrine de la dualité des chancres. Evidemment, un chancre se développant ainsi, après une incubation de 18 jours et débutant par une papule, n'était pas de même nature que celui qui se montre d'emblée sous forme de pustule ; d'autant plus que l'un n'était réinoculable ni au malade lui-même, ni à aucun autre sujet sypilitique, tandis que la réinoculabilité était au contraire le caractère essentiel de l'autre ».

C. von Hübner (1) a publié en 1859 trois observations d'inoculation de syphilis à des sujets sains. Ces inoculations faites entre les années 1852 et 1858 sont remarquables par la précision avec laquelle les détails en sont rapportés ; nous avons constaté avec regret que ces observations ne figurent dans aucun des travaux français sur l'inoculation expérimentale de la syphilis. Auspitz lui-même ne fait que les citer.

Après avoir fait une série d'inoculations négatives de virus sypilitique à des sypilitiques, von Hübner était persuadé de la non contagiosité des accidents secondaires ; il s'adressa alors à des sujets sains pour compléter son expérimentation :

Voici le résumé de ses observations.

EXPÉRIENCE I DE VON HÜBNER (2). — Susikaw, âgé de 20 ans, bonne santé, se soumit en février 1852 à l'inoculation suivante. Après destruction de l'épiderme au moyen d'un vésicatoire placé à la partie

(1) C. VON HÜBNER, professeur à l'Université de Kiew, chef du service de chirurgie et de maladies vénériennes à l'hôpital.

(2) C. VON HÜBNER. *Die Beobachtung und das Experiment in der Syphilis*, Leipzig, 1859.

Quarantaine série d'expériences. — Avec le sang d'un des trois derniers infectés. — Rien à signaler sur les ulcères eux-mêmes. — On a inoculé sans résultats 3 individus sur 6 plaies par ventouses scarifiées.

supérieure de la cuisse gauche, la sécrétion de plaques muqueuses provenant d'un malade atteint de syphilis constitutionnelle, fut déposée avec une spatule et recouverte de charpie imprégnée de la même sécrétion. Le tout fut recouvert d'un verre de montre. Guérison rapide de la plaie. L'expérience était considérée comme négative lorsque après la troisième semaine il survint de la rougeur au point d'inoculation et un petit bouton (Knötchen) sans sécrétion. En même temps adénopathie inguinale. Pas de traitement. Dans la cinquième semaine adénopathie généralisée et apparition d'une roséole sur la poitrine et l'abdomen qui ne tarda pas à devenir papuleuse. Cette éruption envahit le front et le cuir chevelu. Puis angine et douleurs articulaires. Le malade fut laissé encore une semaine dans cet état pour faire constater le fait par le plus grand nombre de médecins.

En 3 mois guérison par un traitement mercuriel (1).

EXPÉRIENCE II DE VON HÜBBENET. — W... médecin, âgé de 26 ans, se fait inoculer dans la clinique du Prof. Hübbenet, le 3 novembre 1854 avec la sécrétion de plaques muqueuses du scrotum provenant d'un malade présentant d'autres accidents secondaires (condylomes du gland, des bourses, de l'anus, etc.). L'inoculation eut lieu, par le procédé ordinaire, à la partie supérieure et interne de la cuisse droite de W. La surface d'inoculation fut recouverte d'un pansement. Cicatrisation au bout de 3 jours.

Le 24 novembre de la même année, W... fit avec le Prof. Hübbenet un voyage de 3 semaines et on ne pensa plus à l'inoculation.

Le 12 janvier 1855, W... éprouva une sensation douloureuse au point d'inoculation puis apparut une petite nodosité de la grosseur d'une lentille. Cette lésion se transforma en une ulcération ressemblant à une pustule d'ecthyma. Le malade n'avait pas porté grande attention à l'ulcération et se bornait à la cautériser avec du nitrate d'argent. On ne voulut pas croire à la nature syphilitique de l'ulcération jusqu'au 26 février où une roséole survint; en même temps hypertrophie des ganglions et angine érythémateuse.

v. Hübbenet douta encore et conseilla d'attendre quelques jours.

Le traitement mercuriel fut institué lorsque des ulcérations de la gorge et des syphilides du cuir chevelu apparurent.

(1) v. HÜBBENET eut l'occasion de montrer ce sujet au neveu (?) de RICORD, le Dr NITARD, qui découvrit à la cuisse droite du malade une cicatrice, reliquat probable d'un chancre; mais d'après le malade cette cicatrice proviendrait d'une morsure de chien.

Néanmoins le Dr NITARD rejeta cette expérience comme non concluante parce qu'elle avait été faite sur un individu qui se trouvait dans un service de syphilitiques et exposé à une contamination accidentelle.

On retrouve chez le neveu le même entêtement systématique que chez l'auteur des *Lettres sur la syphilis*.



EXPÉRIENCE III DE VON HÜBBENET. — Un soldat, de 33 ans, atteint de fistule uréthrale du périnée est inoculé le 14 mars 1858, à la lancette, avec la sécrétion d'ulcères et de plaques amygdaliennes provenant du soldat Nertorow, atteint de syphilis secondaire. La surface d'inoculation fut recouverte d'un verre de montre. Guérison en quelques jours.

Au cours de la quatrième semaine, au point d'inoculation une tache rouge apparut, elle s'agrandit, se suréleva et devint purulente à son centre. Le 21 avril cette tache rouge avait les dimensions d'une pièce d'un franc et était recouverte d'une croûte dans sa partie surélevée; en enlevant la croûte, surface humide avec pus épais et jaunâtre.

Pas de traitement. Le 30 avril, hypertrophie des ganglions.

Le 18 mai, roséole. Le 22 mai, adénopathie généralisée.

1<sup>er</sup> juin, syphilide papuleuse de la face. Le 2 juin traitement mercurel.

A la suite de ces trois expériences von Hübbenet admit la contagiosité des accidents secondaires et il déclare vouloir se hâter de publier ces observations afin de détruire le dogme de Ricord si dangereux dans ses conséquences.

En 1858, Melchior-Robert (1) a pratiqué une inoculation de chancre mixte qui est venu apporter la démonstration expérimentale des doctrines de Rollet. C'est le seul cas valable d'inoculation expérimentale de chancre mixte car les faits analogues de Maratray et de Danielssen qu'on trouvera plus loin sont trop succinctement rapportés pour qu'on en puisse tenir compte.

EXPÉRIENCE DE MELCHIOR-ROBERT (2). — Avec le pus recueilli sur des chancres produits par autoinoculation d'un chancre « induré » du gland chez un homme ayant en outre un chancre de la lèvre supérieure et une roséole, un étudiant en médecine atteint dans le moment de chancre simple et de bubon, voulant vérifier sur lui-même expérimentalement la doctrine du chancroïde (3), s'inocule à la cuisse gauche le 31 mars 1858.

Le 3 avril, pustule sur la cuisse, bientôt remplacée par une ulcère-

(1) JOSEPH MELCHIOR-ROBERT (1820-1863) interne des hôpitaux de Paris (1844), a été l'interne de Ricord. Chirurgien des hôpitaux de Marseille, chargé d'un service de vénéréologie. Professeur de Pathologie externe à l'École de Médecine de Marseille.

(2) MELCHIOR-ROBERT. *Quelques considérations sur l'auto-inoculation du chancre infectant*, 1862 et in ROLLET. *Traité des maladies vénériennes*, p. 571.

(3) Rappelons que d'après Clerc, père de la théorie du chancroïde, le chancre simple serait le résultat de l'inoculation d'un chancre infectant à un sujet qui a eu la syphilis constitutionnelle; il serait l'analogue de la varioloïde et de la fausse vaccine, d'où la dénomination de chancroïde.

tion à l'emporte-pièce, qui le 14 avril atteint de grandes dimensions et est très enflammée.

La base de cette ulcération reste molle jusqu'au 22 avril, époque à laquelle Melchior Robert perçoit une légère induration.

Le 2 mai le malade est perdu de vue jusqu'au 22. A cette date le chancre d'inoculation s'est réulcéré, peut-être à cause de la marche. A un centimètre de lui, en dedans, existe une ulcération.

La surface de ces deux ulcérations est pultacée et un peu enfoncée. Ses bords forment bourrelet, l'engorgement de la base est très dur et très étendu. Un ganglion inguino-crural assez volumineux est perçu.

Le 10 juin, le chancre a les dimensions d'une pièce de cinq francs. Sa surface est recouverte de bourgeons charnus, la base en est très dure ; ulcération gutturale, syphilide papuleuse généralisée.

Le malade qui a fourni le produit inoculé avait certainement à la fois la syphilis (chancre induré de la lèvre, roséole) et un chancre simple : le résultat des auto-inoculations successives faites avec le produit de sécrétion du prétendu « chancre induré » de la verge montre qu'il s'agissait bien d'une chancrelle, greffée peut-être sur un second chancre induré.

En 1859 une inoculation de syphilis à un sujet sain, inoculation dont les conséquences devaient être retentissantes fut faite à Lyon par Guyenot (1) dans les conditions suivantes :

EXPÉRIENCE DE GUYENOT (2). — Un garçon de dix ans, d'une bonne constitution, atteint de teigne favéuse est inoculé le 7 janvier 1859 après l'autorisation du médecin chargé du service des teigneux (Dr Gailleton, chirurgien major de l'Antiquaille).

L'inoculation est pratiquée au bras droit par 4 piqûres, faites avec une lancette chargée à deux reprises sur des plaques muqueuses de l'anus d'un sujet syphilitique depuis 8 mois. Les piqûres sont ensuite recouvertes d'un morceau de diachylon.

Le 4 février apparaît une papule très petite, d'une couleur rougeâtre. Le 5 février trois pustules, grosses chacune comme la tête d'une épingle, s'élèvent à l'endroit des piqûres autour d'elles il n'y a pas d'inflammation.

(1) Joseph-Frédéric GUYENOT, Interne des Hôpitaux de Lyon (1856), Médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon (1863), donna sa démission pour exercer aux eaux de Salins (Jura). Mort en 1900.

(2) Cette observation a d'abord été publiée dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 15 avril 1859, p. 234. GUYENOT l'a reproduite, plus complète dans sa thèse : *De l'inoculabilité de la syphilis constitutionnelle*. Paris, 1859.

7 février. Les pustules se rompent et forment trois ulcères qui s'élargissent les jours suivants. Le 16 février, les ganglions de l'aisselle semblent se prendre et l'induration des ulcérations devient manifeste.

Le 23 février, les ganglions augmentent en même temps que les trois ulcérations semblent vouloir se réunir.

30 mars, éruption papuleuse sur le tronc et les membres.

Pas plus que les précédentes, cette expérience ne convainquit les anticontagionistes et Diday qui représentait à Lyon les idées de Ricord reprenant un argument cher à son maître, soutint dans une clinique faite à l'Hôtel-Dieu, dans la chaire de B. Teissier que le sujet qui avait fourni le pus était sans doute porteur d'un chancre anal : l'évidence ne suffisait pas à modifier un parti pris dont le temps seul eut raison.

Cette expérience eut des conséquences regrettables pour le petit teigneux qui jouissait auparavant d'une bonne santé; elle comporta aussi des suites judiciaires. Saisi d'une plainte par la famille de l'enfant, le juge d'instruction inculpa Guyenot de blessure volontaire et Gailleton de complicité. Le tribunal correctionnel de Lyon (1) dans son audience du 15 décembre 1859 les condamna tous deux à l'amende et aux dépens.

En 1859, à la demande du Ministre de l'Agriculture qui donnait suite à une suggestion d'Auzias Turenne, l'Académie de Médecine discutait la question alors brûlante de la contagiosité des accidents secondaires.

La discussion s'ouvrait le 24 mai par le rapport d'une commission composée de Velpeau, Ricord, Depaul et Gibert, ce dernier, rapporteur.

Gibert (2) après avoir exposé sa répugnance profonde pour toute tentative d'inoculation, répugnance tellement accrue ajoutait-il, « par le succès de plusieurs de nos expériences, que nous nous refuserions aujourd'hui formellement à toute nouvelle tentative de ce genre », relatait les expériences qu'il venait de pratiquer pour résoudre la question en discussion.

(1) Voir le jugement in *Gazette médicale de Lyon*, 1860, p. 12.

(2) GIBERT. Rapport officiel en réponse à une lettre ministérielle sur la question de la contagion des accidents secondaires de la syphilis. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 17 mai 1859, p. 883.

EXPÉRIENCE I DE GIBERT. — Chez un homme atteint de lupus, Gibert avait déposé le 25 janvier 1859 sur une surface du bras gauche préalablement excorié par l'ammoniaque des matières puriformes recueillies sur des papules muqueuses de l'anüs. Le 12 février apparaît une papule cuivrée, saillante. Le 16 la papule a grossi et s'est étalée. Sa surface suinte un peu.

23 février. Un ganglion existe dans l'aisselle correspondante.

21 mars. L'ulcération toujours superficielle s'est un peu creusée dans le centre de la papule, devenue de plus en plus saillante, indurée et constituant un véritable tubercule ; de plus, quelques taches et papules rougeâtres se sont montrées sur le tronc ; plus tard les lésions se transforment en pustules acnéiques qui se généralisent sur le ventre et la face interne des cuisses.

EXPÉRIENCE II DE GIBERT. — Le même jour, 25 janvier 1859, un autre adulte vigoureux affecté de lupus de la face est inoculé par le même procédé et avec la même matière que le malade précédent. Deux de ces inoculations ont réussi donnant lieu aux mêmes phénomènes locaux, mais précédés d'une période d'incubation de 25 jours. Une roséole a commencé à se montrer sur le tronc le 5 mai.

EXPÉRIENCE III DE GIBERT. — Le 9 février 1859 la pointe d'une lancette fut enfoncée dans la circonférence d'une syphilide papulo-squameuse, rouge cuivrée, sèche, de la largeur d'une pièce de cinquante centimes et occupant le front chez un individu atteint de syphilis secondaire généralisée ; la lancette se chargea d'un sang un peu séreux qui fut immédiatement inoculé à la partie supérieure de la face palmaire de l'avant-bras droit d'un sujet affecté de lupus du visage. Cinquante jours après l'inoculation, s'était développée au point inoculé une papule rougeâtre, étalée, légèrement squameuse, sèche, de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, rappelant la lésion qui avait servi à l'inoculation. Au dire du malade cette papule remontait à 15 jours environ. Au-dessus et autour de cette plaque on découvrait quelques taches cuivrées, un peu saillantes, début d'une syphilide squameuse qui s'étendit plus tard aux autres régions du corps. Un ganglion s'était développé dans l'aisselle correspondante.

Le 23 avril, roséole sur le tronc, squames-croûtes du cuir chevelu, papules à l'ombilic et au pourtour de l'anüs.

EXPÉRIENCE IV DE GIBERT. — Le 28 février 1859 on pratique une inoculation à un sujet en se servant de la sécrétion de la surface papuleuse du malade de la première expérience : l'accident local a chez ce dernier 16 ou 17 jours de date. La papule développée au point inoculé a été beaucoup moins volumineuse que dans les observations précédentes, l'induration moins prononcée. Cette papule s'est résolue plus rapidement, laissant une ulcération arrondie, superficielle, un peu fongueuse. Le traitement spécifique a été institué avant l'apparition de la roséole.

Les inoculations de Gibert suscitèrent à l'époque une unanime réprobation : il tenta de se justifier en leur donnant pour motif un but thérapeutique et l'espoir que l'inoculation syphilitique pouvait amener une amélioration des lésions lupiques ; il publia même une note dans laquelle il dit avoir constaté la guérison ou l'atténuation de celles-ci à la suite des inoculations (1). Une instruction judiciaire fut ouverte, mais les poursuites furent suspendues sur un rapport d'expert constatant que la santé des sujets inoculés était parfaite (2).

#### 1860. LES INOCULATIONS DE P. PELLIZZARI AVEC LE SANG DE SYPHILITIQUES SECONDAIRES

Divers expérimentateurs avaient déjà, nous l'avons vu, obtenu la transmission de la syphilis par inoculation de sang ; mais leurs expériences n'étaient pas à l'abri de toute critique ; aussi certains syphiligraphes, Ricord en tête, déclaraient-ils n'être pas convaincus. Un éminent syphiligraphe de Florence, Pietro Pellizzari (3) pouvait écrire : « Les trois inoculations positives de l'Anonyme du Palatinat manquent de proportions nécessaires à des faits d'une aussi grande importance. Celle de Gibert n'a aucune valeur parce que le sang qui a servi à l'inoculation fut extrait de la base d'une papule syphilitique et *était un peu séreux*. Y-a-t'il eu dans ce cas inoculation du sang seul ou aussi de la matière de la papule ? Le cas de Waller laisse peu à désirer, mais il est unique ».

P. Pellizzari, ayant exposé ces faits dans sa clinique fut entrepris par deux médecins qui s'offrirent spontanément à subir des inoculations de sang syphilitique. Les expériences faites en janvier 1860 ne furent suivies d'aucun résultat positif.

(1) GIBERT Guérison de dartres rongeantes invétérées du visage par l'inoculation de la syphilis secondaire ou consécutive. *Gazette médicale de Paris*, 1859, p. 749.

(2) Voir à ce sujet deux notes de H. DE CASTELNAU in *Moniteur des Sciences médicales et pharmaceutiques*, 3 janvier 1860, p. 1 et 19 janvier 1860, p. 56.

(3) PIETRO PELLIZZARI, né à Florence le 23 mars 1823, reçu médecin à Pise le 16 novembre 1852. Chirurgien de l'hôpital Santa Maria Nuova à Florence de 1856 à 1888. Professeur de Clinique syphilopathique au R. Istituto di Studi superiori en 1859, fut en outre chargé de l'enseignement de la clinique des maladies cutanées à la mort de MICHELACCI en 1888. Mort le 2 octobre 1892. Était l'oncle du Professeur CELSO PELLIZZARI, qui lui a succédé.

Cependant P. Pellizzari ne se déclarait pas convaincu, impressionné qu'il était par les travaux du lyonnais Viennois, sur la transmission de la syphilis par la vaccine et sur le rôle du sang dans cette transmission. C'est alors que trois étudiants, Bargioni, Rosi et Passigli s'offrirent comme sujets d'expérience. « Je ne manquai pas cette fois non plus, dit Pellizzari (1), de rappeler le danger auquel on s'exposait, mais tout fut inutile parce qu'ils voulaient se soumettre à l'expérience avec ce courage et cette abnégation que seuls peuvent inspirer l'amour de la science et la recherche de la vérité. Supposant que les deux inoculations de l'année précédente donnaient plus de courage à ceux qui généreusement s'offraient cette année, je ne manquai pas de leur faire remarquer que deux cas négatifs seuls ne peuvent suffire à infirmer les cas positifs déjà enregistrés par la science. Ils me déclarèrent unanimement qu'ils ne croyaient pas à ce mode de transmission de la syphilis et que, quel que soit le péril auquel ils s'exposaient, ils en acceptaient la responsabilité quoiqu'ils n'ignorassent pas quels pouvaient être les effets de la syphilis constitutionnelle ».

EXPÉRIENCE DE P. PELLIZZARI. — Le 6 février 1860, devant presque tous les praticiens de l'école, du sang provenant d'une femme enceinte atteinte de plaques muqueuses génitales et anales et n'ayant pas encore été traitée, fut inoculé à MM. G. Bargioni, H. Rosi, et H. Passigli, tous indemmes d'antécédents syphilitiques. Le sang fut extrait par saignée de la céphalique au pli du bras droit, région indemne de toute altération cutanée; à peine extrait, on en imbiba un plumasseau de charpie qui fut placé au niveau de l'insertion du deltoïde du Dr Bargioni en un point où on avait enlevé l'épiderme sur une surface de 2 centimètres de haut et de 1 centimètre de large et fait 3 incisions transversales.

Le sang était déjà refroidi lorsqu'on fit la même application à Rosi après abrasion de l'épiderme à la région supérieure et externe du bras gauche.

Il était presque coagulé lorsqu'on l'appliqua à Passigli sur la même région et de la même manière; de sorte qu'on appliqua, outre la partie

(1) P. PELLIZZARI. Della trasmissione della sifilide mediante la inoculazione del sangue. *Lo Sperimeatale* 1862, t. IX, p. 289. Une traduction in extenso de ce mémoire a paru dans la *Gazette médicale de Lyon*, 1862 p. 231. La *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1862, p. 649 en a également publié une traduction. LANGEAUX (*Traité historique et pratique de la syphilis*, Paris 1874, p. 477) relate cette expérience d'après une communication de BARGIONI dans des termes qui ne diffèrent pas de ceux de PELLIZZARI.



liquide, un morceau de caillot. 4 jours après toute trace de l'inoculation avait disparu chez tous.

Le 3 mars au matin Bargioni (1) avait au point inoculé une papule arrondie et d'un rouge foncé sans induration à la base, sans engorgement des glandes axillaires. Au bout de 8 jours la papule avait atteint la dimension d'une pièce de vingt centimes, le 11 elle était couverte d'une squame mince; le 14 on sentait dans l'aisselle deux glandes grosses comme une noisette, mobiles, indolentes.

Le 19, en pressant sur la squame qui couvrait la papule, on voyait sortir de la périphérie une petite quantité de sérosité purulente.

Le 22 ayant enlevé la croûte, on mit à découvert un ulcère infundibuliforme à bords résistants et élastiques représentant très bien l'induration.

Le 26, l'ulcère atteint la dimension d'une pièce de 50 centimes.

Le 4 avril débuta une roséole qui prit bientôt la teinte cuivrée et à laquelle s'associèrent des papules lenticulaires.

Chez les deux autres médecins inoculés, il ne survint aucun accident ni local ni général.

Voilà donc 3 sujets, indemmes de toute infection antérieure, inoculés avec du sang d'un syphilitique atteint d'accidents secondaires, un seul d'entre eux est contaminé; Pellizzari en tire les conclusions suivantes: « Ceci tendrait à démontrer que le sang est contagieux, mais à un moindre degré que le produit de sécrétion des accidents secondaires, beaucoup moins aussi que le virus provenant du chancre infectant. Je sais qu'on peut m'objecter que le sang a été inoculé au Dr Bargioni dans des conditions différentes de celles dans lesquelles il a été inoculé aux autres sujets, attendu qu'il était chaud et non coagulé tandis que chez les autres il était froid ou coagulé. Cela semblerait à première vue très concluant, s'il n'y avait pas le cas de Waller qui démontre que le sang coagulé et par conséquent extrait du corps depuis un certain temps peut communiquer la syphilis.

Tout est irréprochable dans cette remarquable observation. La spontanéité désintéressée de ces jeunes gens est digne

(1) GUSTAVE BARGIONI, né le 11 novembre 1839, a passé sa thèse de médecine à Florence en 1862 et sa thèse de chirurgie en 1866; après avoir complété ses études à Paris et à Londres, a exercé la médecine à Florence avec la plus grande distinction et y a fait partie du Conseil Communal de 1887 à 1908, a également fait partie de l'Académie médico-physique de Florence depuis 1866 et de nombreuses commissions hospitalières. A publié plusieurs mémoires de médecine générale. Est mort à Florence le 17 septembre 1922 (Renseignements dus à l'obligeance du Professeur CELSO PELLIZZARI).

d'éloge, aucun sentiment de blâme ou de désaveu ne peut effluer Pellizzari et l'expérimentation scientifique y est si rigoureuse qu'aucune critique n'est possible.

#### 1859-1862. LES DERNIÈRES INOCULATIONS DE CHANCRES

##### ET DE LÉSIONS SECONDAIRES.

##### LES INOCULATIONS DES SYPHILISÂTEURS

Les inoculations de Gibert ont clos la série des expériences destinées à démontrer la contagiosité des accidents secondaires. La discussion à laquelle elles ont préludé s'est terminée en une séance (1) par la défaite de Ricord. Il reste cependant quelques points à éclaircir, quelques retardataires qui éprouvent le besoin de placer leur mot. En outre une doctrine thérapeutique, éclos dans le cerveau d'un illuminé, la *Syphilisation*, va prétendre guérir la syphilis par une longue, une interminable série d'inoculations successives de chancres simples : au cours de ses lamentables élucubrations, elle va être l'occasion inconsciente de quelques inoculations plus lamentables encore de syphilis à des sujets sains et provoquer ainsi de la part de ses adversaires quelques nouvelles expériences.

Cette période n'a plus guère d'intérêt scientifique. Elle élucide cependant quelques points de détail : influence du traitement mixte pendant la période d'incubation, inoculation de chancres mixtes.

L'observation suivante est de Belhomme (de Paris). Elle date de 1859 ; c'est seulement 4 ans après, en 1864, qu'il en communique le protocole à une société médicale de Province.

Il semble que cet auteur ait voulu laisser se calmer l'impression fâcheuse causée par les retentissantes inoculations de Guyenot, avant de publier le résultat de son expérience.

EXPÉRIENCE DE BELHOMME (2). — Le 5 octobre 1859 on pratique, avec le liquide séro-purulent recueilli sur un chancre induré, une inoculation à la partie supérieure et interne du bras droit d'un homme âgé de 24 ans qui n'a jamais eu aucun accident syphilitique. En même temps on donne au malade 5 centigrammes de protoiodure de mercure et un gramme d'iodure de potassium. Les 6, 11 et 13 octobre,

(1) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 24 mai 1859.

(2) *Comptes Rendus de la Société des sciences médicales de Lyon*, t. IV, 1864-1865, p. 369.



nouvelles inoculations dans la même région, dont les traces disparaissent très rapidement. Le malade continue à prendre du mercure et de l'iode.

Le 10 novembre on remarque au niveau des piqûres un peu de rougeur avec léger prurit.

Le 12, une nouvelle rougeur se montre à côté de la précédente.

Le 13, au centre de la première rougeur on remarque une légère desquamation furfuracée reposant sur une saillie manifeste.

Le 14, la desquamation occupe toute la surface de la première saillie.

Elle commence à se montrer au centre de la seconde.

Le 18, les rougeurs ont considérablement pâli. Pas d'engorgement ganglionnaire dans l'aisselle.

Le 6 décembre, on donne à nouveau du mercure et de l'iode de potassium, supprimés pendant quelques jours à cause d'un érysipèle de la face. Le 4 janvier le malade quitte l'hôpital et cesse le traitement interne. Le 21 janvier apparition au niveau d'une des plaques signalées plus haut, d'une saillie qui bientôt s'ulcère et se transforme en une plaie arrondie plus large qu'une pièce de 50 centimes, à bords saillants. Engorgement indolent des ganglions de l'aisselle.

Cette ulcération ne se cicatrise qu'au commencement d'avril. Le 26 avril on constate à l'endroit où était l'ulcération une tâche cicatricielle rouge sombre. Les ganglions cervicaux sont fortement engorgés ; sur les membres supérieurs quelques papules cuivrées ; les cheveux tombent depuis un mois. Iritis intense à gauche.

Ainsi que le fait justement remarquer Rollet, les effets de cette inoculation, comme dans le cas de Hunter, ont été modifiés par le traitement mercuriel et ioduré institué ; c'est là ce qui donne à cette observation un intérêt particulier.

En 1860, F. von Baerensprung (1) relate deux expériences d'inoculation syphilitique qu'il a faites dans son service de l'Hôpital de la Charité à Berlin, après avoir eu connaissance des recherches de Boeck sur la syphilisation.

OBSERVATION I DE VON BÆRENSPRUNG (2). — Une jeune fille 18 ans n'ayant jamais eu la syphilis est inoculée le 20 mai 1859 au moyen

(1) FRIEDRICH WILHELM FELIX VON BÆRENSPRUNG (1822-1864). Fils du Maire de Berlin. Etudia la médecine à Berlin et à Halle. Premier assistant à la Clinique de Kruckenberg à Berlin de 1845 à 1850. Médecin à Halle de 1850 à 1853. Médecin chef de la nouvelle clinique des maladies vénériennes à la Charité de Berlin en 1853. Professeur extraordinaire à la faculté de Médecine de Berlin en 1856.

(2) F. VON BÆRENSPRUNG. Mittheilungen aus der Abtheilung und Klinik für syphilitisch Kranke. *Annalen des Charité-Krankenhauses*. Berlin 1860, t. IX, n° 1 : Voir traduction in *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1862, p. 308.

de trois piqûres à la cuisse droite avec du pus de plaques muqueuses ulcérées. Le 17 juin trois tubercules durs et rouges apparaissent à la place des piqûres. Le 21, les tubercules sont ulcérés, recouverts d'une croûte; les ulcérations s'agrandissent et se réunissent en une seule de la dimension d'une pièce de 5 francs. La base de l'ulcération est dure, cartilagineuse, nettement limitée. Ganglions de l'aîne droite nettement tuméfiés et durs.

EXPÉRIENCE II DE VON BÆRENSPRUNG. — Femme de 23 ans inoculée le 28 mai 1859 par trois piqûres à la cuisse droite avec du pus de chancre induré. Le 6 juin on ne peut plus distinguer les piqûres. Le 25 elles forment trois petites saillies tuberculeuses rouges. Le 1<sup>er</sup> juillet une croûte s'est formée recouvrant une ulcération plate. Ganglions non tuméfiés. Le 2 juillet et les jours suivants, deux des tubercules augmentent rapidement de volume, en même temps que s'étend l'ulcération qui les surmonte. Le troisième tubercule sèche. Le 5, les ganglions de l'aîne sont tuméfiés et indolents. Les 2 tubercules ont la largeur d'une pièce de cinquante centimes. Le 12, les ulcérations sont réunies en une seule; leur fond s'est élevé, il est nettement limité et très dur, les ganglions notablement augmentés de volume. Le 20 l'ulcération a la largeur d'une pièce de un franc; sa base a une dureté presque cartilagineuse les bords sont de niveau avec le fond de l'ulcération. Pas de suppuration mais l'ulcération est recouverte d'une couche diphtéroïde. Le 21 août, ulcération toujours indurée. Tendance à la cicatrisation. Nul traitement n'a été fait. Le 29 l'ulcération est presque guérie. Cicatrice dure, circonscrite; plaques muqueuses aux grandes lèvres et à l'anus, roséole.

F. von Bærensprung ne commit pas l'erreur de la plupart de ses devanciers; pour lui, la syphilis débute par un chancre quelle que soit l'origine des produits inoculés (chancre ou accidents secondaires).

Lindwurm (1) rapporte une série d'inoculations faites avec divers produits syphilitiques, sécrétion de chancre infectant, sécrétion de plaques muqueuses, sang de syphilitique, et d'intérêt fort variable.

Dans une première publication (2), il rapporte brièvement une expérience dont Kussmaul (3) a fait ultérieurement connaître les

(1) JOSEPH VON LINDWURM, né le 2 avril 1824 à Würzburg, étudia la médecine à Würzburg, y passa son doctorat en 1849. Travailla à Vienne, Heidelberg, Paris, Edimbourg et Dublin. En 1853, privat-docent à Munich. En 1859, professeur extraordinaire. En 1863, professeur ordinaire.

(2) LINDWURM. *Aerztliches Intelligenzblatt*, 1854, n° 11.

(3) KUSSMAUL. *Ueber den constitutionellen Mercurialismus*, Würzburg, 1861, p. 30.

détails ; il s'agit d'une inoculation pratiquée par un médecin viennois sur lui-même.

Voici cette auto-observation.

« A la suite d'une violente discussion sur la théorie de la contagiosité de la syphilis secondaire, théorie que j'attaquais en qualité de fidèle élève de Ricord, je m'inoculai en janvier 1852 du pus provenant d'accidents consécutifs à un chancre induré chez un confrère, le docteur N. N. (plaques muqueuses des lèvres, de la gorge, éruption maculeuse). Je raclai le pus d'une plaque muqueuse de la commissure à l'aide d'une lancette et je fis une seule scarification de la peau au tiers supéro-externe du bras. La petite plaie fut recouverte, après dessiccation, d'une feuille de carton fixée par quelques tours de bande. Tout se passa normalement lorsqu'après 3 à 4 semaines, il se forma, sur la petite plaie presque complètement cicatrisée, un petit nodule de couleur rouge bistre qui atteignit peu à peu la grosseur d'un haricot. Après plusieurs semaines, les glandes axillaires étant devenues sensibles, survint une roséole qui occupa d'abord le front et s'étendit aux deux bras, à la poitrine, l'abdomen et le dos. Adénopathie cervicale.

EXPÉRIENCE I DE LINDWURM (1) (p. 147). — Chez une fille de 30 ans atteinte de lupus de la face, on appliqua, le 9 décembre 1860, sur le derme de la nuque dénudé par un petit vésicatoire, un fragment de plaque muqueuse ; la plaie guérit en 5 jours, mais 3 semaines plus tard il se forma une papule ulcérée et bientôt apparurent des adénites cervicales et une éruption papuleuse sur le thorax et les extrémités.

EXPÉRIENCE II DE LINDWURM (p. 148). — Chez une femme de 71 ans affectée depuis de longues années d'une profonde ulcération du front et n'ayant jamais eu la syphilis, on injecte, le 27 mai 1861, avec une seringue ordinaire, du sang extrait peu d'instant auparavant à une malade atteinte de syphilis constitutionnelle, au moyen d'une ventouse en une région où la peau présentait une apparence tout à fait saine ; 4 semaines après l'injection il se forma au siège d'une des piqûres un petit tubercule rougeâtre qui, peu à peu, s'étendit en largeur, s'excoria et se recouvrit d'une croûte mince d'un jaune brun. Il atteignit la dimension d'une pièce de 1 franc, s'entoura d'une zone inflammatoire, s'éleva sur les bords, s'excava au milieu, il reposait sur une base indurée. Il apparut une roséole et plus tard une syphilide papuleuse puis squameuse.

(1) LINDWURM. Ueber die Verschiedenheit der syphilitischen Krankheiten *Wärzburger medicin. Zeitschrift*, 1862, t. III, p. 143. — Nous classons ces expériences, dans leur ordre chronologique, qui n'est pas celui où leur auteur les a réunies dans ce mémoire.

EXPÉRIENCE III DE LINDWURM (p. 146). — Le 5 juin 1861, on recueille du pus à la surface des deux chancres indurés du gland d'un malade présentant des bubons indolents, une roséole, des papules et de larges condylomes. Ce pus est inoculé en deux endroits à la partie supérieure de la cuisse droite d'une femme atteinte de blennorrhagie. Après quelques jours, les piqûres disparaissent sans laisser de trace.

Le 20 juin, au siège des piqûres se montrèrent deux petites taches rouges qui se transformèrent en petits tubercules d'un brun rougeâtre et le 28 juin s'érodèrent superficiellement.

Le 8 juillet, ces ulcérations de la grandeur d'un kreutzer d'argent, reposent sur une base légèrement indurée. Engorgement notable des glandes lymphatiques de l'aîne droite, et un peu plus tard de celles de l'aîne gauche. Exanthème papuleux qui apparaît surtout aux organes génitaux.

EXPÉRIENCE IV DE LINDWURM (p. 146). — Avec les chancres de la malade précédente (expérience III) on inocula, le 10 juillet 1860, une jeune fille de 19 ans, fille publique, atteinte de chancres simples. Les inoculations furent faites au nombre de trois sur le haut de la cuisse droite; elles parurent donner au bout de 2 jours un résultat positif; on crut alors que les piqûres de l'inoculation avaient été infectées par les deux chancres simples génitaux.

Le 12 juillet, avec les chancres indurés de la malade précédente, et bien qu'ils eussent déjà été pansés au calomel, on fit deux nouvelles inoculations au bras gauche, et on les recouvrit immédiatement avec des verres de montre.

Le 17 juillet, les cinq plaies d'inoculation étaient guéries.

Le 29 juillet, apparurent cinq tubercules rouges correspondant aux piqûres et qui s'ulcérèrent bientôt superficiellement, se recouvrirent de minces croûtes et suivirent la même marche que les papules de l'expérience III.

Au milieu de septembre, symptômes de syphilis constitutionnelle très apparente: engorgement des ganglions lymphatiques superficiels, roséole, etc.

Dans une dernière et très intéressante expérience, Lindwurm inocula du virus syphilitique à la surface d'un chancre simple; c'est la seule de cette catégorie.

EXPÉRIENCE V DE LINDWURM (p. 174). — Chez une fille de 18 ans atteinte de plusieurs chancres simples à la vulve, et d'un autre à la cuisse droite, on commence par inoculer, le 24 août 1861, le pus de ce dernier chancre à la même cuisse. Le 28 août, on transporta sur le chancre d'inoculation du pus d'un chancre induré obtenu par inoculation expérimentale à la cuisse chez la malade de l'expérience III. Le chancre ne présenta d'abord aucune modification. Plus tard, il s'étendit en largeur et en profondeur et 4 semaines après il guérit par des

pansements au chlorure de zinc comme les précédents. Seulement, il laissa après lui une cicatrice rougeâtre, saillante et assez large mais moindre que l'ulcération. La malade sortit de l'hôpital, le 21 septembre, regardée comme guérie. Le 11 décembre 1861, elle y rentra avec un chancre simple à la fourchette de plus, elle avait une syphilis constitutionnelle caractérisée par des plaques muqueuses assez volumineuses aux parties génitales et à l'anus, par l'engorgement des ganglions inguinaux et cervicaux ainsi que par une roséole sur la poitrine et le bas ventre.

Les cicatrices des anciens chancres étaient à peine visibles, par contre la cicatrice du chancre inoculé à la cuisse droite et sur lequel on avait mis du virus syphilitique ne faisait que croître.

Au dire de la malade, 8 jours après sa sortie la cicatrice s'était rouverte, avait suppuré d'une manière insignifiante et s'était étendue en largeur et en profondeur ; elle avait guéri avec des lotions au chlorure de zinc.

(à suivre)

## TRICHOPHYTIE DE L'ANUS

Par le Docteur DU BOIS

P. D. de dermatologie à l'Université de Genève.

Une jeune ouvrière de 20 ans se plaignait depuis quatre mois d'un prurit anal contre lequel les nombreuses prescriptions de plusieurs médecins incriminant des hémorroïdes ou de l'eczéma, n'avaient eu aucun effet. Il fut même prescrit un régime lacté absolu et pendant des semaines la pauvre enfant ne vécut que de mauvais lait.

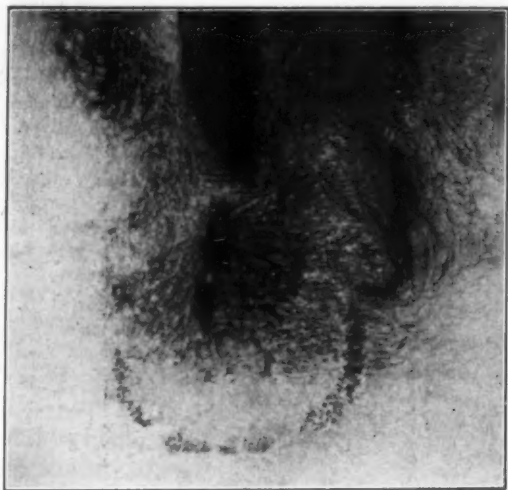


Fig. 1.

A première vue l'attention se fixe (fig. 1) sur l'anneau de desquamation qui entoure d'une collerette assez régulière la marge de l'anus et se perd dans les poils du bord inférieur des grandes lèvres. Les squames en sont lamelleuses, adhérentes à la périphérie dans un liseré érythémateux où la loupe fait décou-

vir des vésicules minuscules. La muqueuse est indemne de toute lésion, ce qui confirme une fois de plus les observations de Sabouraud à ce sujet.

Entre l'orifice et l'anneau de squames la peau de couleur normale est parsemée de follicules tuméfiés contenant des poils engainés et cassés à quelques millimètres.

Dans son ensemble la réaction inflammatoire est peu marquée, sans infiltration ni pustules, nullement douloureuse mais par contre fortement prurigineuse à toute heure. L'aspect général rappelle ce que les trichophyties interdigitales font parfois sur le dos de la main. Malgré la longue durée de la



Fig. 2.

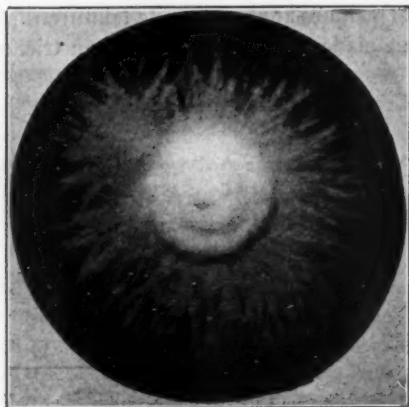


Fig. 3.

maladie, il ne s'est fait aucun autre point d'inoculation sur le reste du corps.

Nous avons cru tout d'abord à une localisation atypique de l'épidermophyton inguinal, mais l'examen microscopique des squames et des poils a montré qu'il s'agissait d'un trichophyton microïde (fig. 2) et la culture facilement obtenue (fig. 3) le classe dans les Trichophytions niveums radians (Sabouraud 1894).

Cette variété dont l'origine féline est presque certaine n'est pas



fréquente chez nous et dans ce cas, il n'a pas été possible d'établir quand et comment s'est faite l'infection. Il n'y a pas de chat dans la maison qu'habite la malade, elle n'a eu aucun contact avec des animaux et n'a jamais employé pour l'usage que l'on suppose, des feuilles d'arbre ou de plante qui sont si souvent la source où se contaminent dans la nature les animaux domestiques.

Il faut admettre l'apport accidentel du champignon par un papier hygiénique, à moins qu'une spore n'ait été déglutie, avec un fruit par exemple, et ne se soit fixée à la sortie, laissant ainsi une trace de son passage.

Quoi qu'il en soit du mode de contamination, la rareté de cette localisation mérite d'être signalée et comme le prurit anal est une des dermatoses dont la fréquence a considérablement augmenté depuis la guerre, il n'est pas sans intérêt de montrer ce que peut faire découvrir l'examen approfondi de chaque cas.

Quelques applications de teinture d'iode diluée ont débarrassé la malade en quatre jours de son trichophyton et de son prurit.



## DYSKÉRATOSE DE BOWEN. DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE LOCALE ET GANGLIONNAIRE

Par L. DANIEL, de Lille

Le cas que nous relatons ici n'est pas absolument nouveau pour les lecteurs des *Annales*, puisque M. Darier y a fait allusion dans son mémoire de 1914 où il est question des cinq premiers cas connus de cette affection. Il nous a paru cependant mériter d'être publié en entier. Puisque, en dehors des types courants de cancer primitif de la peau bien individualisés, on rencontre des formes d'épithélioma cutané qui diffèrent des formes ordinaires par leur évolution clinique et par leur structure histologique, il faut les étudier avec soin, ne fut-ce que pour permettre d'en faire en temps utile le diagnostic, sans parler de l'importance d'une étude de ce genre pour l'histoire du cancer en général.

D'autres cas d'ailleurs, sont à joindre à ces premières observations. En décembre 1915, Bowen publie dans *Journal of cutaneous diseases* « a sixth case of a type recently described » et en novembre 1920, dans les *Arch. of Dermatol. and Syphidology*, la suite évolutive de deux de ses cas personnels, terminés par cancérisation. Un peu auparavant (février 1920), ici-même, M. Darier, à propos d'un cas tout à fait remarquable de cancer du visage étudie plus spécialement la phase cancéreuse de cette nouvelle dyskératose et il peut joindre à son travail deux figures montrant l'une le point de départ du cancer *au point dyskératosique de l'épiderme*, l'autre les détails de structure des cellules cancéreuses. Il faisait suivre cet article d'un travail d'ensemble présenté à l'Académie de médecine quelques mois après. Enfin M. Pautrier dans la séance du 14 mai dernier de la *Réunion dermatologique de Strasbourg* en relate un nouveau cas. Il y a tout lieu de croire que d'autres observations ne tarderont pas à être produites, maintenant que cette dermatose commence à prendre aux yeux des cliniciens des caractères de véritable individualité.

R. Augustin, 65 ans, retraité du chemin de fer du Nord, se présente pour la première fois à la consultation du dispensaire Saint-Raphaël, de Lille, pour une ulcération de l'avant-bras gauche.

Rien à noter dans les antécédents personnels ou héréditaires.

L'ulcération en question siège approximativement au tiers moyen de l'avant-bras. Elle a pris naissance il y a 6 mois, sur la face antérieure, par transformation *in situ* d'un bouton préexistant. Elle s'est développée depuis un peu dans tous les sens, de manière à contourner le bord cubital sur l'espace d'un bon centimètre. C'est une perte de substance irrégulièrement ovalaire de 4 centimètres  $1/2$  de longueur sur deux de largeur. Le fond de cette ulcération est rougeâtre, granuleux, peu bourgeonnant, peu sécrétant. Elle saigne facilement au frottement. Peu douloureuse au toucher, elle est le siège parfois d'élançements névralgiques. Les bords en sont nettement découpés, verticaux, non décollés et ne présentent pas de relèvements perlés épithéliaux.



Fig. 1. — Surface cicatricielle de l'avant-bras avec les élevures « en pastilles » caractéristiques, disséminées surtout à la périphérie. L'ulcération malencontreusement détruite par électro-coagulation avant étude histologique, siégeait au niveau de l'encoche visible sur le bord interne.

L'aspect est assez bien celui du *rodent ulcer* de Jacob. Au creux axillaire, un petit ganglion pisiforme, dur, mobile, non douloureux.

Mais cette ulcération n'est pas la seule lésion existante au niveau de l'avant-bras. Elle siège en réalité sur un tégument très altéré. C'est à savoir, à la partie supéro-interne d'une large zone décolorée, cicatricielle où la peau est lisse et amincie. Cette zone, à limites assez indécises, occupe la presque totalité du segment antérieur de l'avant-bras sur une hauteur de cinq travers de doigt environ. Comme l'ulcération elle-même, elle empiète un peu sur le bord interne du membre.

C'est sur ce fond cicatriciel qu'on constate la présence des éléments

primitifs, caractéristiques, de la dermatose, et l'ulcération de mau-  
vaise nature qui seule a fini par inquiéter le malade n'est qu'un stade  
de dégénérescence tardive. Ce sont fig. 1, des élevures fermes papulo-  
squameuses, hyperkératosiques même pour les plus volumineuses,  
lenticulaires, disséminées çà et là. Chacune d'elles a les caractères  
d'une papule aplatie, rose pâle, dont la coloration rappelle assez bien  
celle des éléments du lichen plan. Les squames, y sont fines, adhéren-  
tes, mais laissent toujours apercevoir la couleur de l'infiltration sous-  
jacente. Cette infiltration papuleuse se traduit au toucher par une  
sensation de néoplasie dermique véritable, comme celle des syphi-  
lides lenticulaires. La forme en pastille est d'ailleurs absolument la  
même, mais la couleur est plus pâle, rose un peu bistre et il n'y a pas  
de desquamation en collerette périphérique.

Ces élevures squameuses sont disposées en trois groupes, vers le  
bord même de la zone cicatricielle. C'est d'abord, disposées en triangle,  
vers la moitié externe de l'ulcère, trois grosses « pastilles » avec, dans  
le voisinage, un élément moins développé. C'est ensuite, à l'extrémité  
antéro-externe de la même zone cicatricielle qui fait le fond du tableau,  
un autre groupement de quatre éléments petits, circonscrivant une  
sorte de surface trapézoïde et très lichénieux d'aspect. C'est enfin,  
au-dessous de l'ulcération, commençant dans son voisinage et s'éten-  
dant transversalement à la partie inférieure de la zone cicatricielle  
six autres éléments dont trois sont lenticulaires et typiques et les  
autres plus petits et lichénoïdes.

Toute la région tégumentaire circonscrite par ces trois groupes est  
lisse et souple. Le malade nous apprend que cette partie a été long-  
temps couverte « de boutons et de croûtes » et que le mal, guérissant  
au centre s'est lentement étendu par certains points de la périphérie.  
Au début même, vers l'âge de 25 ans, toute la lésion n'aurait été cons-  
tituée que par une tache bleuâtre, arrondie, des dimensions d'une  
pièce de 50 centimes, légèrement prurigineuse, et qui n'aurait grandi  
que très lentement, se transformant alors en placard saignottant et  
croûteux. Il a fallu *quarante années*, sans autre thérapeutique que  
l'application de différentes pommades pour que la lésion prenne les  
caractères qu'elle présente actuellement avec son étendue de 7 à 8 cen-  
timètres environ dans tous les sens. Quant à l'ulcération, elle est  
apparue depuis six mois seulement et paraît bien s'être développée  
au niveau d'une lésion papuleuse préexistante.

Trois séances de radiothérapie n'ont pas donné d'amélioration.

W. R. négative. Cuti-réaction de von Pirquet négative également.

Un élément papuloïde bien développé est prélevé pour étude histo-  
logique à la partie inférieure du mal. Cet examen (Inclusion à la  
paraffine après fixation et durcissement dans les alcools successifs.  
Coloration des coupes à l'hématoxyline iodée de Haüser-éosine orange,  
au Van Gieson, à la thionine et au bleu polychrome de Unna) a donné  
les résultats suivants (1) :

(1) Le lecteur pourra se reporter pour cette description à la figure 3 du  
mémoire de M. Darier d'août 1914, que nous n'avons pu reproduire ici.

A un faible grossissement (Nachet, oc. 2, obj. 3) on voit que les altérations sont limitées très nettement à l'épiderme et au corps papillaire.

1° L'épiderme très épaissi est altéré à tous ses étages, mais surtout au niveau du corps malpighien. En ce point les altérations qu'il présente sont tout à fait spéciales. Les cellules du stratum épineux ont une disposition anormale, désordonnée, bien que leurs filaments d'union soient assez généralement conservés. Considérés en eux-mêmes, ces éléments sont comme tuméfiés, plus ou moins arrondis, inégaux, certains plus volumineux qu'à l'état normal, et cela surtout dans la zone moyenne. Cependant, les cellules des prolongements interpapillaires sont aussi atteintes et ces prolongements eux-mêmes sont

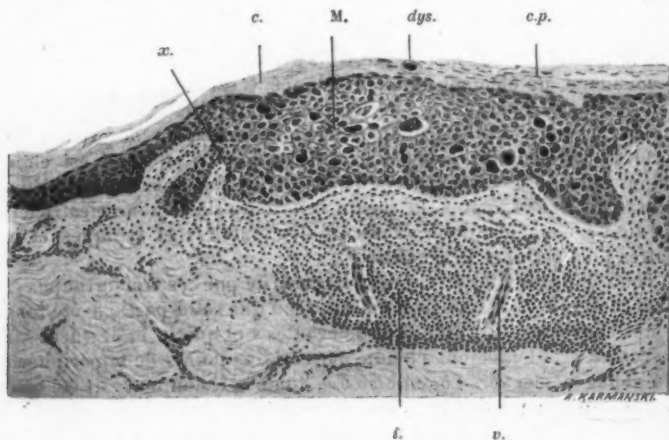


Fig. 2 — Bord d'un élément typique lenticulaire (cas Daniel) (Grossissement 120/1). *x.*, limitation remarquablement nette des lésions. — *c.*, couche cornée épaissie. — *c.p.*, parakératose. — *M.*, corps muqueux avec cellules disparates, vacuolisées, dont un bon nombre ont un noyau nain ou au contraire énorme et difforme (dyskératose). — *dys.*, cellules dyskératosiques dans la couche cornée. — *i.*, infiltrat cellulaire dense du corps papillaire; remarquer sa limitation nette du côté du chorion, qui est presque normal. — *v.*, vaisseau sanguin dilaté.

énormes, boudinés, atrophiant et laminant les papilles dermiques, parfois réduites à l'état de fentes étroites.

Les éléments cellulaires du stratum épineux présentent en outre de leur gonflement et de leur désordonnement, une altération particulière qui atteint le plus grand nombre d'entre elles. On constate la présence, autour de leur noyau d'une zone claire, occupant tout ou partie du protoplasme de l'élément. Cette zone, qui ne se colore pas par les réactifs de la substance hyaline, occupe toujours au moins la région de l'endoplasme. Il faut la considérer comme une altération

vacuolaire, due à un œdème parenchymateux pareil à celui qu'on observe dans la maladie de Paget. Quand une partie plus ou moins considérable du protoplasma persiste, ce qui est le plus ordinaire, cette partie exoplasmique paraît avoir conservé sa structure filamenteuse normale. Il n'y a pas d'œdème intercellulaire.

Dans ces grosses cellules vacuolisées, les altérations nucléaires sont considérables. Certains noyaux sont rétractés et très petits; d'autres de volume ordinaire sont déformés et la masse de chromatine y est de densité inégale; enfin certains d'entre eux sont bosselés et même multiples. Ils appartiennent à des cellules particulièrement volumineuses qu'on rencontre un peu partout à des hauteurs variables dans le corps muqueux.

Enfin, on trouve çà et là, en plus de ces éléments disparates, des éléments véritablement monstrueux, cinq fois plus gros qu'une cellule malpighienne normale, plus ou moins globuleux, comme hydro-piques, entourés parfois d'une membrane à double contour, ainsi que dans la psorosperme. Certains paraissent intracellulaires. On y trouve constamment des amas de chromatine nucléaire constituant ou une agglomération de plusieurs noyaux ou encore une masse unique, figure de karyolyse, constituée par un assemblage de grumeaux fortement colorés (Nachet, oc. 2, obj. 7).

Les autres couches de l'épiderme ont aussi subi diverses altérations. La *couche basale*, peu pigmentée, ne se présente pas avec son aspect de palissade régulière. Sur beaucoup de points, ses éléments sont déformés, en forme de cellules cubiques basses ou encore en état d'œdème parenchymateux avec aspect vacuolaire. Ailleurs, la bordure épithéliale est effondrée ou réduite à quelques éléments petits et difformes. Il y a même des points où elle manque totalement, préparant ainsi les voies à la diffusion en profondeur des éléments altérés de la couche de Malpighi.

Les cellules de la *couche granuleuse* sont en partie conservées. A ce niveau les cellules vacuolisées ou à noyaux modifiés y conservent leurs caractères.

La *couche cornée* est épaissie, à strates feuilletés. Elle pénètre nettement dans les orifices pilaires. Il y a des zones en parakératose. En outre, on y rencontre les mêmes corpuscules arrondis, parfois encapsulés des régions sous-jacentes et en plus des sortes de boules, d'apparence hyaline ou cornée et qui représentent sans doute un stade plus avancé encore de la kératinisation vicieuse.

A la périphérie des parties altérées, l'épiderme reprend assez brusquement, dans son ensemble, son aspect normal. Il est d'ailleurs aminci et l'appareil papillaire est très réduit.

2° L'infiltrat cellulaire qui sous-tend ces lésions est dense et nettement limité aux zones épidermiques altérées. Il paraît plus intense dans les parties profondes du corps papillaire que dans les papilles proprement dites. Par la thionine et le bleu polychrome on y décèle, en foyers, un grand nombre de plasmazellen, avec leurs granulations caractéristiques et leur noyau pâle, excentré. Les glandes sudoripares

sont bien conservées. Pas de glandes sébacées sur les coupes examinées. Appareil élastique très altéré, presque entièrement disparu. Les vaisseaux sanguins sont dilatés.

Puis le malade disparaît de la circulation. En juin 1913, il nous revient guéri de son ulcère qui a été traité par électro-coagulation dans un autre service, mais avec une adénite axillaire considérablement développée, du volume d'un gros œuf. Les élevures papuloïdes

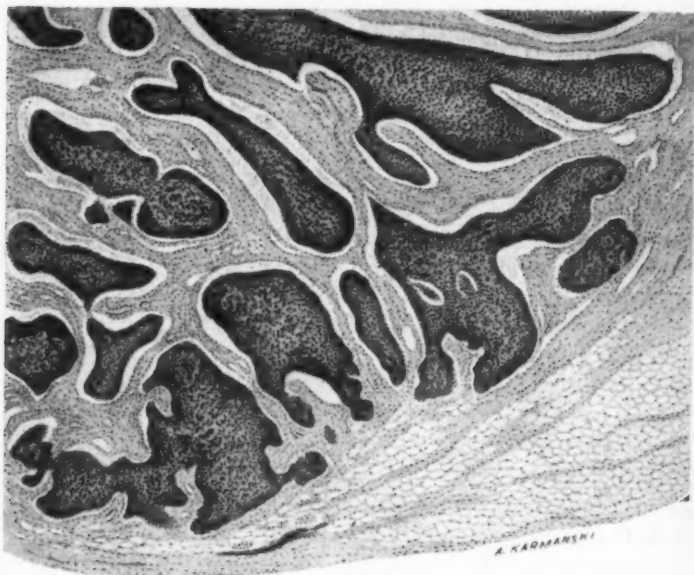


Fig. 3. — Boyaux épithéliaux ganglionnaires montrant en particulier assez bien l'abondance des altérations nucléaires et plusieurs éléments vacuolaires énormes.

n'ont pas augmenté de volume. On détruit séance tenante les plus importantes par une seule application du crayon de neige carbonique, de 50 secondes, avec pression forte. Il n'en a plus été question par la suite. Mais le malade refuse l'extirpation de son adénite. Lorsqu'il y consent enfin, deux mois plus tard, cette masse ganglionnaire a encore augmenté de volume. Peu de temps après, récidive en gâteau qui s'ulcère et devient végétant. L'état général s'altère rapidement. La radiothérapie et les injections intraveineuses d'électro-sélénium n'amènent aucune amélioration même passagère.

Cachexie progressive, œdème dur, douloureux, de tout le membre supérieur. Mort en mars 1914. Les élevures dyskérotosiques qui n'avaient pas été détruites par  $\text{CO}_2$  ont été excisées, à fin de biopsie, lors de l'ablation de l'adénite axillaire.



3° Au microscope fig. 2, cette adénite montre les altérations de l'épithéliome diffus. D'énormes boyaux épithéliaux ont pris la place du tissu ganglionnaire, réduit à l'état de lamelles étalées sous la capsule. Les masses épithéliales sont formées de gros éléments à noyaux généralement clairs, quelquefois bosselés et pycnotiques, à nucléoles apparents et qui sont tassés sans ordre. En outre, ils sont inégaux et irréguliers. Un certain nombre d'entre eux sont œdémateux, vacuolisés bien qu'il nous ait paru qu'il y ait, dans le ganglion, moins d'éléments clairs, cystoïdes, que dans l'épiderme.

Le stroma est fibreux. Il y a des masses épithéliales qui paraissent contenues dans des cavités préformées. L'aspect est celui d'une néoformation très vivace, envahissante.

Nous nous contenterons, en terminant l'exposé de ce simple fait, de souligner la longue durée de l'affection (40 ans) sous forme de lésions superficielles, en particulier sous forme de papules lenticulaires « en pastille », avant qu'il se soit produit un véritable ulcère épithélial. Il semble, d'après ce cas encore, que comme l'épithélioma plan cicatriciel, la dermatose de Bowen puisse affecter une marche serpigineuse, à guérison centrale avec surface cicatricielle succédant à un placard saignant, croûteux. Les pommades diverses, appliquées par notre malade, au cours des années, n'ayant pas été sans doute cause de cet aspect assez particulier, bien visible sur la photographie. Rappelons cependant avec quelle facilité la destruction des points dyskératosiques persistants a pu être effectuée, et d'une façon définitive, semble-t-il, par des applications un peu fortes de neige carbonique.

Quant aux altérations histologiques, elles sont de tous points celles décrites par M. Darier dans ses différents mémoires et il les a toutes constatées sur celles de nos coupes qu'il a bien voulu examiner. Ces lésions présentent une grande analogie avec celles de la maladie de Paget du mamelon, bien qu'il faille considérer ces deux dyskératoses *précancéreuses* comme deux affections distinctes à l'œil nu et au microscope. La dermatose de Bowen est, en tout cas, absolument différente de l'épithélioma baso-cellulaire superficiel dit *pagétoïde*, maladie non dyskératosique avec laquelle il importe de ne pas la confondre.



## UN CAS DE CONJONCTIVITE TRICHOPHYTIQUE

Par Roman LESZCZYNSKI

Chef de Service à l'Hôpital d'État

Privat-Doctent à la Faculté de Médecine à Lwów (Pologne)

A la séance du 11 janvier 1923 de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, M. le docteur Milian a présenté un cas de trichophytie siégeant à la paupière, accompagné en outre d'une conjonctivite, que l'auteur considérait comme étant spécifique. Je viens d'observer un cas semblable.

S. K., 14 ans, fille de campagne, se présenta à mon service le 11 janvier 1923. Malade depuis trois semaines, elle attribuait son mal à une contagion venue de son frère, qui de son côté, avait été infecté par un veau.

Etat actuel : sur la peau du visage, du front, sur l'aile droite du nez, sur les oreilles et le cou, ainsi que sur la partie supérieure du thorax et les extrémités supérieures nous voyons des foyers disséminés de la grandeur d'un centime jusqu'à celle de la paume de la main. Ces foyers de forme arrondie, sont d'un rose rougeâtre. Leur coloration est moins vive au centre (involution); ils sont couverts de squames et de croûtes et semblent d'un rouge plus vif à la périphérie, où l'on trouve des vésicules récentes, des pustules et des croûtelles. Au microscope on constate des filaments de trichophyton. Diagnostic : *Trichophytie superficielle*.

Notre attention fut particulièrement attirée par un foyer, semblable à ceux que nous venons de décrire, situé sur la paupière supérieure gauche, légèrement oedématisée et d'une coloration rouge bleuâtre. La conjonctive de cet œil est fortement hyperémisée, et le sujet d'un léger larmolement. Sur la peau du tronc nous remarquons encore une certaine quantité de papules aplaties de grandeur moyenne, d'un caractère indéfini et que nous soupçonnions des boutons de *lichen trichophytique*.

C'est pourquoi, le 14 janvier nous fîmes une injection intradermique de 0,1 d'une solution de 1 o/o de trichophytine (Hœchst).

Vers le soir la température s'éleva à 39°2 (réaction générale). Le lendemain nous pûmes observer : *a*) une légère élévation rouge urticarienne à la place de la piqûre (réaction locale) ; *b*) des élévations rouges urticariennes à des endroits, qui la veille, se distinguaient à peine par leur couleur de la peau environnante (*lichen trichophytique*) ; *c*) une rougeur plus prononcée et une succulence surtout de certaines plaques de *herpes tonsurans* (réaction focale) ; *d*) ce qui cependant nous intéressa le plus, ce furent les altérations à l'œil gauche. A côté de l'augmentation de l'œdème et d'une rougeur plus intense de la paupière, nous remarquâmes une forte réaction sur la conjonctive. Hyperémie, larmoiement plus abondant, douleurs, brûlement à l'œil, tous ces symptômes se manifestaient avec une intensité, qui nous décida à présenter la malade à un ophtalmologue (M. le Privat-Docteur Reiss). Lui aussi qualifia l'exacerbation de la conjonctivite comme la réaction due à la trichophytine. C'était donc également une réaction focale indubitable, prouvant, que dans notre cas la conjonctivite était réellement trichophytique. Comme il n'est pas question de la recherche des mycètes, la réaction à la trichophytine présente la preuve unique de la spécificité de ce genre de conjonctivite (*C. toxica* ?).

Ce phénomène offre une analogie complète avec les symptômes connus, observés à l'occasion des expériences avec la tuberculine. Il y a 15 ans au cours de recherches sur la tuberculine il nous arriva de voir sur l'œil, traité d'abord selon la méthode Calmette, des exacerbations, parfois très alarmantes à la suite de cuti-réactions.

Des injections intraveineuses de la solution de Lugol, recommandées par Ravaut amenèrent, au bout de trois semaines, une guérison complète.

---

**SUR UNE DERMATOSE PRURIGINEUSE, ÉRY-  
THÉMATO-VÉSICULEUSE PRODUITE PAR LES  
POUSSIÈRES D'ORGE ET DIVERSES AUTRES  
CÉRÉALES.**

Par les Docteurs

MENAHM HODANA, HOULOSSI BEHDJET et Prof. SUREYA

Les villageois en Turquie connaissent bien cette affection qui, disent-ils, se manifeste de temps en temps par le surchauffement



de l'orge, [expression turque Arpa-Kizildi], ce qui veut dire que l'orge est surchauffée.

Nous avons constaté comme agent pathogène de cette dermatose, des pédiculoides et d'autres parasites.

Les pédiculoïdes ont été mis sous verre de montre par le docteur H. B. et appliqués sur sa peau. Après 24 heures on voyait se former des vésicules, comme on le voit sur la photographie. On trouve d'ordinaire dans ces orges surchauffées outre les pédiculoïdes, des alucites et des glycephagus.

Les alucites écrasés et les glycephagus appliqués sur la peau produisent aussi une dermatose beaucoup plus légère que les pédiculoïdes.

A l'encontre du parasitologue américain Webster, on n'a pas pu constater sur la peau des malades la présence de pédiculoïdes.

Ces parasites en hiver, mis dans une étuve, ne sont animés d'aucun mouvement et ne sont pas actifs comme le prétend le D. Webster.

Quoique rarement l'orge, entre Avril et Novembre, puisse se surchauffer, l'on constate que mise en contact avec la peau directement ou seulement par les poussières qui tombent sur la peau, l'orge peut provoquer la dermatose. Mais après Novembre les pédiculoïdes isolés n'ont aucun effet et ils sont inactifs et pendant l'hiver passent à l'état latent.

Les orges froides qui n'ont pas été préalablement surchauffées, même si elles contiennent des pédiculoïdes, ne provoquent pas la maladie.

---

## COMPTE RENDU DU DEUXIEME CONGRÈS DES DERMATOLOGISTES ET SYPHILIGRAPHERS DE LANGUE FRANÇAISE

Strasbourg, 25-26-27 juillet 1923

---

Le deuxième Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française s'est réuni à Strasbourg les 25, 26 et 27 juillet 1923, en commémoration du centenaire de Pasteur, sous la présidence de M. le Professeur Pautrier.

Quatre questions avaient été mises à l'ordre du jour.

I. — La première, la *sensibilisation et la désensibilisation dans les affections cutanées* avait pour rapporteurs MM. P. Ravaut et du Dr Spillmann.

Dans son rapport, M. RAVAUT commence par passer en revue les principaux travaux d'où sont issues ces notions nouvelles. Il montre que, grâce à la découverte de l'anaphylaxie par Richet, grâce aux travaux de Widal et ses élèves sur la colloïdoclasie, on a pu isoler de l'immense chapitre des intoxications, une série d'états morbides divers. Ils sont le résultat de perturbations tissulaires spéciales. Par leurs manifestations cliniques particulières, par les réactions humérales qui les accompagnent nous savons maintenant les dépister. Enfin ce qui intéresse surtout le médecin, c'est que jusqu'à présent nous n'avions à leur opposer qu'une thérapeutique surtout antitoxique, alors que nous pouvons agir maintenant par tout autres moyens tendant à désensibiliser le malade.

La pathologie cutanée, en particulier, a largement bénéficié de ces acquisitions nouvelles.

Laissant de côté le mécanisme, encore très discuté, suivant

lequel se produisent ces troubles, R. s'efforce de rester sur le terrain pratique de la clinique et de la thérapeutique.

Dans un premier chapitre il étudie ce qu'il faut entendre par phénomènes de sensibilisation et de désensibilisation et essaie de donner une définition de ces termes. Il montre les caractères cliniques de ces accidents ; il insiste sur l'état spécial du terrain sur lequel ils se produisent, sur le rôle des maladies infectieuses, en particulier de la syphilis, surtout héréditaire, qui rendent l'organisme plus accessible aux diverses perturbations humorales. A ces notions cliniques et étiologiques, il ajoute l'énumération des principales réactions vasculo-sanguines qui sont la signature de ces accidents.

Dans un second chapitre il étudie les principales méthodes de désensibilisation. Les unes ont pour but, par des moyens très divers, de neutraliser ces propriétés nouvellement acquises de nos humeurs, et de ramener l'organisme à son état normal, mais c'est malheureusement un traitement surtout symptomatique dont les résultats sont souvent éphémères. Les autres s'adressent surtout au terrain et s'efforcent de le modifier par une thérapeutique spécifique : il insiste sur l'importance dans nombre de cas, du traitement antisiphilitique et sur la façon un peu spéciale dont il doit être conduit chez ces malades.

Dans un troisième chapitre, il groupe les différents faits intéressant les affections cutanées, épars dans les chapitres précédents et en déduit les applications pratiques. Il divise en plusieurs groupes celles qui peuvent rentrer dans ce cadre, et insiste sur les méthodes thérapeutiques qui leur sont applicables.

En quelques lignes, il termine en montrant l'intérêt qu'il y a pour le dermatologiste à poursuivre cette étude, car, par des traitements purement internes, simples, sans danger, l'on peut obtenir souvent des résultats thérapeutiques sur des lésions parfois décourageantes par leur ténacité. Ces faits ne sont que les premiers jalons d'une nouvelle voie qui mérite d'être largement explorée.

M. SPILLMANN, corapporteur, après avoir défini les états de sensibilisation et les phénomènes de désensibilisation, montre qu'il est indispensable, pour pouvoir utilement employer la méthode désensibilisante en dermatologie, de savoir juger l'état de sensibilisation d'un organisme et de connaître les maladies de

la peau pour lesquelles on peut invoquer l'intervention d'une substance sensibilisante. Ce rapport comprend quatre parties :

1° Dans quelles conditions peut-on dire d'une dermatose qu'elle est due à des phénomènes de sensibilisation ? Ce premier chapitre comprend l'étude des critères de sensibilisation (anaphylaxie passive, déclenchement de la crise par action de la substance sensibilisante, intradermo et cuti-réactions, critère thérapeutique). M. Spillmann distingue, à cet égard, les états de sensibilisation anaphylactique et l'hypersensibilité paraissant se confondre avec un état de déséquilibre colloïdal permanent.

2° Etude des dermatoses pour lesquelles on peut prouver ou supposer la sensibilisation. La sensibilisation paraît certaine ou vraisemblable à l'origine de certaines dermatoses : urticaires, eczémas, dermites artificielles ; érythèmes divers, œdèmes, prurits, prurigios, etc...

Ce deuxième chapitre comprend la liste des substances sensibilisantes connues : albumines animales et végétales, médicaments, substances diverses etc... Il semble résulter de cette étude qu'il y a lieu de distinguer les dermatoses de sensibilisation anaphylactique et les dermatoses survenant chez les malades dont la sensibilité cutanée est anormalement exagérée.

3° Méthodes de désensibilisation susceptibles d'être employées en thérapeutique dermatologique. M. Spillmann étudie successivement la désensibilisation spécifique (dés. progressive spécifique par injections intraveineuses ou sous-cutanées, par ingestion, par cuti-réactions, par applications cutanées effectuées au moyen de l'antigène), la désensibilisation non spécifique (protéinothérapie, dés. par les cristaalloïdes, dés. par choc brutal), les méthodes thérapeutiques pouvant être rapprochées des méthodes désensibilisantes (autohémo et autosérothérapie) et les méthodes thérapeutiques adjuvantes (modification de l'équilibre vago-sympathique, opothérapie, modification du terrain, rôle de l'insuffisance hépatique et l'insuffisance des organes d'élimination).

4° Peut-on tenter un essai pathogénique de l'action désensibilisante ? ce dernier chapitre met en lumière le rôle de la prédisposition cutanée individuelle ; le déséquilibre humoral peut-être provoqué par le déséquilibre neuro-végétatif ou par le dysfonctionnement endocrinien. Si la désensibilisation spécifique ou non spécifique agit directement sur l'antigène pour le rendre inoffensif (thérapeutique étiologique), il semble qu'il y ait des cas où la



thérapeutique désensibilisante a pour principal but de ramener un organisme hypersensible à un équilibre normal en diminuant son hypersensibilité (thérapeutique pathogénique) ; quoi qu'il en soit, une thérapeutique désensibilisante rationnelle ne peut être instituée que par un examen clinique rigoureux et méthodiquement conduit.

*Discussion des rapports et communications.*

Sur cette même question de la désensibilisation dans les affections cutanées. MM. NICOLAS, GATÉ, DUPASQUIER, LEBEUF et DUMOLLARD, continuant leurs recherches sur l'hémothérapie dans la furonculose, établissent que les résultats heureux se montrent non seulement avec l'autohémothérapie mais aussi avec l'homo-hémothérapie (injection du sang d'un sujet humain indemne de furonculose) et avec l'hétérohémothérapie (injection de sang de lapin et de sang de cobaye). Les auteurs concluent de leurs recherches que : 1° l'autohémothérapie n'agit pas par vaccination, par sérothérapie ou hémothérapie vaccinante proprement dite ; 2° l'autohémothérapie s'accompagne d'un choc hémoclasique, crise vasculo-sanguine que l'on peut invoquer comme jouant un rôle dans l'action favorable de l'autohémothérapie dans la furonculose ; 3° la différence du résultat heureux dans la furonculose et des échecs dans d'autres pyodermites peut poser la question de variété de staphylocoques.

MM. LORTAT-JACOB et LEGRAIN communiquent le résultat de leurs recherches sur le métabolisme basal en dermatologie. Les modifications du métabolisme basal permettent d'apprécier les altérations de la glande thyroïde et l'influence exacte du traitement opothérapique ; l'étude des échanges respiratoires apporte des données des plus intéressantes au sujet de l'étiologie des dermatoses et de leur traitement sans pouvoir apporter des conclusions définitives sur des recherches en cours, les auteurs ont trouvé un métabolisme basal diminué (hypothyroïdie heureusement modifié par le traitement opothérapique dans les sclérodermies, et un métabolisme basal augmenté (hyperthyroïdie) dans l'acné et la séborrhée.

Les mêmes auteurs communiquent leurs résultats sur le trai-

*tement des dermatoses par l'autohémothérapie et les injections sous-cutanées de lait.* Ils ont traité par ces méthodes 42 cas d'affections cutanées rebelles. L'autohémothérapie s'est montré le plus souvent inefficace (lichen de Wilson, eczéma, dermites professionnelles); elle ne donne de rares succès que dans les dermatoses prurigineuses et l'urticaire. Elle paraît efficace dans la furonculose, inutile dans les folliculites.

Les injections sous-cutanées de lait, chez les enfants atteints de strophulus et d'eczéma donnent des résultats thérapeutiques généralement défavorables et, en raison des réactions générales souvent fébriles qu'elles provoquent, ne doivent être employées que d'une façon exceptionnelle.

*M. TZANCK étudie l'action anticolloïdologique de la pilocarpine dans un cas d'urticaire.*

*M. DUJARDIN (de Bruxelles) étudie la sensibilisation et la désensibilisation dans la syphilis.*

Une sensibilisation spéciale de la peau apparaît au cours de la période tertiaire de la syphilis (allergie). On peut la mettre en évidence à l'aide de produits soi-disant spécifiques (luétine, pallidine). Cette allergie n'est pas seulement spécifique, elle s'étend à des substances protéiques ou microbiennes banales (lait, tuberculine). Cette allergie ou sensibilisation non spécifique nous explique la violence de réaction des syphilitiques allergiques à des irritations cutanées locales (pyodermite par exemple).

La désensibilisation s'obtient par l'ingestion de l'iodure de potassium qui, en même temps qu'il agit sur les lésions tertiaires, efface l'hypersensibilité cutanée.

*M. LACAPÈRE fait une communication sur les médications pures.* C'est sous la forme colloïdale que les substances médicamenteuses sont les mieux assimilés. Mais les colloïdes employés jusqu'à présent ont l'inconvénient quand on les injecte par voie intraveineuse de déterminer des phénomènes de choc. Ces phénomènes, dont l'action peut être utile dans certains états graves où ils déterminent une perturbation pouvant avoir des résultats heureux, ne se produisent pas si l'on emploie des colloïdes présentés sous la forme la plus divisée. Ces colloïdes sont obtenus par M. Fouard et sont désignés sous le nom d'Ionoïdes.

M. E. FEUILLÉ dans une communication ayant pour titre *Leucopathies et sensibilisation* indique tout d'abord par quelles considérations chimiques il est amené à se ranger à la théorie toxique de l'anaphylaxie. Revenant sur la notion de leucopathies et sur la formation d'œdème protéolipoïdique, il explique que les phénomènes attribués à l'anaphylaxie peuvent être seulement des paroxysmes leucopathiques.

L'exposé de ces deux rapports et de ces communications a donné lieu à une importante discussion.

M. JEANSELME déclare que cette lecture lui donne l'impression que tout phénomène de sensibilisation cutanée serait subordonnée à la colloïdoclasie d'origine anaphylactique ou non. Or M. Ravaut n'apporte pas rigoureusement la preuve de cette affirmation. En effet des cinq classes dans lesquelles M. Ravaut range tous les cas de sensibilisation cutanée, il n'y en a qu'une, la première, celle qui a pour type l'urticaire, dans laquelle l'existence de la crise hémoclasique a été mise en évidence. Il faut savoir gré à M. Spillmann d'avoir circonscrit le cadre de la colloïdoclasie. Si on élargit démesurément le cadre sans preuves certaines, on risque de faire tort à une méthode susceptible de rendre des services quand elle est judicieusement appliquée.

M. Brocq déclare à son tour que dans cette discussion, il n'y a de bien établi qu'une seule catégorie de faits, ceux qui se rattachent à l'anaphylaxie vraie ; ce groupe est net comme pathogénie, il est justiciable d'une méthode thérapeutique précise. Pour les autres faits que M. Ravaut a englobés dans son rapport, M. Brocq a le regret de déclarer que cette extension du domaine de l'anaphylaxie lui paraît prématurée, il pense qu'elle n'est pas encore établie sur des bases scientifiques suffisamment étudiées. Si l'on examine d'un peu près les résultats thérapeutiques publiés jusqu'ici, on voit que les procédés préconisés, que les substances reconnues efficaces sont loin d'agir avec la régularité d'agents spécifiques. A côté de beaux succès, on enregistre des insuccès tout aussi éclatants.

M. MILIAN déclare que l'anaphylaxie découverte par le professeur Richet est un fait précis dont cependant le mécanisme reste inexpliqué. La colloïdoclasie au contraire est un fait théorique

non démontré. La sensibilisation est un terme défectueux, le terme est né de l'embarras des auteurs qui n'ont pu mettre en évidence le critérium humoral de la colloïdoclasie. On désignait autrefois la même chose sous le nom d'idiosyncrasie. L'idiosyncrasie paraît rentrer dans deux catégories de faits : 1° les lésions du système endocrino-sympathique ; 2° les phénomènes biotropiques.

M. LORTAT-JACOB pense que dans l'étude des affections cutanées qui peuvent reconnaître comme mécanisme pathogénique le choc, il importe de serrer les faits, sous peine de compromettre la cause même des dermatoses par choc. Cliniquement il faut insister sur le caractère de soudaineté, de brusquerie des allures paroxystiques de ces sortes de manifestations (urticaire, certains prurits, certaines variétés d'eczéma, certaines dermites artificielles). C'est à ce type que M. Lortat-Jacob réserve la dénomination de dermanaphylatrose (τρωσις) action de blesser. Quant aux dermatoses qui peuvent survenir ou être entretenues du fait d'un état de sensibilisation permanente, leur étude est entièrement à faire en tenant le plus grand compte des fonctions hépatiques, rénales, des troubles des glandes à sécrétion interne en recherchant la part du sympathique.

M. GOLAY insiste sur le rôle primordial du système sympathique. Le choc est toujours accompagné de phénomènes sympathiques qui sont évidents dans les manifestations les plus classiques de la colloïdoclasie telles que l'asthme et l'urticaire.

M. HUDELO expose que, depuis un an il a systématiquement traité dans son service tous les cas d'eczéma, de dermites professionnelles, de prurits, de prurigos, d'urticaires par les diverses méthodes préconisées.

L'autohémothérapie n'a donné aucun résultat chez les eczémateux, quelques succès dans les prurits, d'intéressants succès dans les urticaires, d'excellents résultats dans la furonculose vraie chronique.

L'autosérothérapie a donné des résultats analogues.

L'hyposulfite de soude : chez aucun malade malgré des mois de traitement prolongé M. Hudelo n'a obtenu aucune amélioration nette et précise.

Calomel : résultats peu nets irréguliers. Les essais thérapeutiques n'ont pas une régularité d'action, une précision d'indications qui permettent jusqu'ici de leur accorder toute confiance.

M. P. NOEL, à propos de la peptonothérapie fait remarquer que depuis longtemps il est démontré que la peptone est l'excitant physiologique de la sécrétion gastrique. L'ingestion d'un cachet de peptone n'agit-elle pas à titre de stimulant des sécrétions digestives ; en permettant une transformation plus complète des aliments, elle évite à l'organisme des accidents conditionnés par une digestion défectueuse. Il ne s'agit donc pas de désensibilisation.

M. RAVAUT répond aux critiques et aux objections qui lui ont été faites.

Pour M. Milian les phénomènes de sensibilisation n'existent pas. C'est vraiment aller un peu vite que de nier des faits aussi évidents reposant sur des preuves nombreuses ; si certaines sont discutables, d'autres ne le sont plus, car il paraît bien difficile de nier actuellement les rapports de l'urticaire et d'autres affections cutanées avec l'anaphylaxie.

M. Jeanselme a reproché au rapporteur d'élargir le cadre des phénomènes attribuables à l'anaphylaxie : or celui-ci a eu bien soin de séparer ce qui est admis de ce qui est plus discutable. Certains faits constituent des faits d'attente et il n'est pas indifférent de rechercher s'ils ne peuvent être considérés sous un jour nouveau et d'essayer de les étudier par les nouvelles méthodes de recherches. En opérant ainsi on ne peut nuire à ce qui est acquis. Nous allons sans cesse du connu vers l'inconnu sans que, dans cette marche incessante vers le progrès, les résultats douteux puissent nuire à ce qui est certain.

D'autre part, le rapporteur n'a jamais nié l'importance de la lésion élémentaire dont M. Brocq a rappelé la valeur, mais il estime qu'il s'agit là de faits différents de ceux qui sont étudiés actuellement.

Enfin, il répond à MM. Hudelo, Lortat-Jacob qu'il ne faut pas voir dans la méthode de désensibilisation une panacée qui peut, s'appliquer à toutes les affections cutanées. Dès 1913, le rapporteur a commencé l'étude de l'autohémothérapie, et il constata rapidement que le nombre des cas, dans lesquels cette méthode

thérapeutique était efficace, était très restreint ; aussi ne faut-il pas lui reprocher de ne pas guérir des affections cutanées, telles que les lichens, les eczémas, etc. Cette méthode a ses indications que le rapporteur s'est efforcé de préciser, non seulement dans ce rapport, mais dans d'autres travaux antérieurs.

Si les opinions sont si variées et parfois même opposées, c'est que cette question est actuellement en pleine évolution. Ce n'est pas parce que le nombre de faits définitifs paraît relativement restreint qu'il faut douter de l'avenir d'une méthode. Le rapporteur estime au contraire qu'il faut s'efforcer d'aller de l'avant, car les résultats thérapeutiques découlant de ces faits sont loin d'être négligeables. Il faut souvent tâtonner en présence de certaines manifestations cutanées avant de déterminer la méthode curatrice, de même que dans la thérapeutique externe, il faut souvent changer de pommades avant de trouver celle qui convient au malade.

Il importe avant tout de se placer sur un terrain pratique. Nous sommes des médecins ; nous sommes donc faits pour soulager et guérir les malades qui se confient à nous. Ceux-ci ne nous demandent pas de leur rendre compte de la méthode d'après laquelle ils ont été soulagés, mais de leur donner un traitement qui atteigne le but cherché. Or, les résultats thérapeutiques issus de ces méthodes de désensibilisation sont déjà assez évidents, pour nous encourager à en continuer l'étude. Le rapporteur a vu déjà de nombreux malades, tant à Saint-Louis qu'en clientèle, qui souffraient depuis longtemps d'affections pour lesquelles de multiples procédés thérapeutiques avaient été tentés sans succès. Or quelquefois, on peut, dans ces affections chroniques récidivantes, obtenir des résultats que les autres méthodes n'avaient pas donnés. Il faut y voir un encouragement à persévérer dans cette voie. Il faut avoir foi dans cette méthode nouvelle des phénomènes de désensibilisation, mais ne pas vouloir dès maintenant lui demander plus qu'elle ne peut donner. On doit donc continuer les recherches avec persévérance, car aux résultats déjà acquis viendront s'ajouter sans cesse de nouveaux cas.

..

II. — La deuxième question rapportée au Congrès était la *conduite du traitement d'une syphilis à la période préhumorale*.



M. QUEYRAT, rapporteur, expose qu'il est dans la période primaire de la syphilis deux phases bien distinctes : une première où le chancre est autoinoculable et la séro-réaction négative, une seconde où le chancre n'est plus autoinoculable et où la séro-réaction est positive.

La positivité de la séro-réaction ne semble pas commencer exactement au moment où se termine la phase d'autoinoculabilité (12<sup>e</sup> jour) mais seulement quelques jours après, c'est-à-dire du 13 au 20<sup>e</sup> jour du chancre.

Cette période préhumorale constitue une première étape, pendant laquelle on a le maximum de chances pour stériliser définitivement surtout dans les dix premiers jours. La nature tréponémique de l'ulcération étant établie, les médicaments les plus actifs contre le tréponème sont à l'heure actuelle les arsenicaux, en seconde ligne les préparations bismuthiques ; quant aux mercuriaux actifs contre les accidents, ils semblent avoir peu d'influence sur la séro-réaction.

Pour les arsenicaux, le mode d'administration le plus efficace est la voie intraveineuse.

Après avoir tâté la sensibilité du sujet, il faut arriver par une progression rapide aux doses fortes (0,60 pour le 606, 0,90 pour le 914, 0,60 pour le sulfarsénol) en répétant plusieurs fois la dose maxima.

Un second traitement aussi intense que le premier paraît nécessaire. On peut ensuite jusqu'à la fin de la première année faire un traitement mercuriel.

Après un an de traitement la séro-réaction restant négative au Hecht, on impose au malade un an de surveillance avec contrôle sérologique. A la fin de l'année, on tente une réactivation, puis, 21 jours après, on fait une prise de sang et une ponction lombaire. Si tout est normal, le malade peut être considéré comme guéri.

Le traitement par la voie intramusculaire peut également, à cette même période, être suivi de guérison, mais les échecs ne laissent pas que d'être assez nombreux.

Il y a intérêt à rechercher pendant le premier mois, le crochet de positivité. Son absence indique l'efficacité du traitement, son apparition implique une insuffisance thérapeutique et commande un traitement plus actif.



MM. MALVOZ et HALKIN (de Liège) co-rapporteurs, exposent qu'à la période préhumorale le traitement s'il est bien conduit peut « stériliser » le porteur et amener la guérison vraie. Le diagnostic doit être précoce, mais précis et certain. Le traitement sera commencé immédiatement. Les arsenicaux du type de l'arsénobenzol et du novarsénobenzol, employés en injections intraveineuses, réalisent le mieux les conditions d'action rapide et énergétique indispensable au succès.

Le traitement consistera en une série d'injections intraveineuses de novarsenic : doses maxima 0,75 à 0,90; dose totale : 4,5 à 5 gr.

Si possible, traitement conjugué par le mercure, pendant la première cure.

Cure de sécurité de même intensité que la première.

Cures mercurielles, au cours de la seconde moitié de la première année; éventuellement, troisième cure arsenicale. Le contrôle sérologique se fera régulièrement au cours de la première année et, après réactivation, à la fin de cette période; le malade restera en observation pendant toute la deuxième année. Une ponction lombaire, avec examen complet du liquide céphalo-rachidien est nécessaire au cours de la deuxième année.

Différentes circonstances peuvent modifier la ligne de conduite du traitement et diminuer les chances de succès. Le pourcentage de guérison est estimé par les auteurs français, à environ 75 0/0; des statistiques étrangères le portent jusqu'à 90 et 100 0/0.

#### *Discussion des rapports et communications.*

M. OLTRAMARE (de Genève) se base volontiers sur l'âge du chancre et il estime que les résultats obtenus sont moins favorables après 30 jours, quand l'infection devient générale. Il préconise *un seul* traitement par des injections intraveineuses de novarsénobenzol, mais pour éviter l'arséno-résistance, il ne faut pas commencer par des doses faibles : l'auteur injecte d'emblée 0 gr. 30 pour arriver rapidement à 0,75 chez la femme et 0,90 chez l'homme. Les intervalles entre les injections sont de 2 jours après l'injection de 0,30, 3 jours après celle de 0,45, 4 jours après celle de 0,60, etc.

M. HUDELO divise la période pré-humorale de la syphilis en deux périodes : une période médiocre qui va du 10<sup>e</sup> au 17<sup>e</sup> jour après le début du chancre et une période excellente qui va du 1<sup>er</sup> au 10<sup>e</sup> jour. C'est à cette dernière période que le médecin doit savoir faire le diagnostic en recherchant le tréponème et en s'abstenant de tout traitement local intempestif.

M. DIND (de Lausanne) commence par de petites doses de 0,15 et 0,30 pour tâter la susceptibilité du malade, puis s'élève d'emblée à 0,75 et 0,90.

M. BODIN (de Rennes) commence également par de faibles doses et injecte par voie intraveineuse une dose totale de 5 gr. de novarsénobenzol. Après un repos de 3 semaines, il fait une autre série.

M. LÉVY BING recherche la date de la contamination, le Wassermann devenant positif 38 à 42 jours après cette date. Il estime qu'il faut frapper fort et injecte 4 gr. en un minimum de temps variant de 15 à 25 jours.

M. JEANSELME remarque que la plupart des syphiligraphes sont d'accord pour diviser l'ancien stade primaire en 2 périodes : l'une, pré-sérologique, est, à proprement parler, la période primaire, l'autre doit être rattachée à la période secondaire, bien qu'elle précède la roséole.

L'auteur croit que la réaction sérologique a pour établir cette distinction, plus d'importance que la date du coït contaminant ou de l'apparition des premiers phénomènes objectifs du chancre, car bien souvent le malade ne peut fournir au médecin que des données imparfaites ou erronées.

Des 3 médicaments antisypilitiques, celui auquel il faut donner la préférence, c'est l'*arsenic intraveineux*, sous forme de 606 ou de 914; de nombreuses courbes sérologiques avec Wassermann quotidien faites comparativement sur des sujets en période secondaire avec le 606, le 914, le bismuth et le calomel, l'auteur est arrivé à cette conclusion que, de tous les médicaments, celui qui a l'action la plus rapide sur le Wassermann est le 606, viennent ensuite le 914, puis le bismuth et enfin le mercure.

Quel que soit le médicament employé, la courbe a le même

profil : après une ascension progressive pour atteindre HO, elle se maintient à ce niveau plus ou moins longtemps suivant la vertu thérapeutique du médicament employé. Puis la courbe se détend, devient oscillante et ses oscillations peuvent être à très grandes amplitudes, rappelant le stade amphibole de la fièvre typhoïde. La connaissance de ce stade a un grand intérêt pratique ; il faut éviter de faire un Wassermann à ce stade, car d'un jour à l'autre, la réaction passe soudainement du pleinement positif au pleinement négatif. C'est seulement quand le stade est stabilisé à H8 qu'il y a lieu de faire le Wassermann, pratiquement environ 3 semaines après la dernière injection de la cure arsenicale.

Après le traitement arsenical d'assaut, le traitement mercuriel d'entretien est nécessaire. Il est prudent, même en l'absence de tout phénomène clinique ou sérologique, de répéter la cure arsénomercurielle encore deux autres fois et de ne conclure à la guérison possible qu'après une ponction lombaire.

Celle-ci doit être placée en cas de syphilis traitée à la période présérologique vers la fin de la 1<sup>re</sup> année. Faite plus tôt, après une seule cure arsenico-mercurielle, des altérations du liquide céphalo-rachidien n'auraient pas grande signification pour l'avenir du malade, car on sait qu'à la période secondaire beaucoup de réactions méningées ne sont qu'un feu de paille et disparaissent parfois même spontanément. Mais si ces mêmes réactions méningées sont observées un an après le début du chancre, elles sont l'indice d'une syphilis nerveuse qu'il faut activement traiter.

M. GOUBEAU rapporte le cas d'un malade qui, soigné par trois injections fortes d'arsénobenzol, il y a 10 ans, avec séro-réactions consécutives négatives, fit, il y a quelques mois, une gomme du tibia, ce qui lui paraît prouver l'utilité du traitement mixte, et celle des traitements de sûreté.

M. CARLE (de Lyon) insiste sur ce fait que le traitement schématisé des rapporteurs et aussi réduit n'est applicable qu'aux cas précisés par les conditions expérimentales des rapports. En tout autres conditions, et en cas de doute, on a le devoir de conseiller la continuation du traitement pendant 2 ans, au moins, comme on l'a toujours fait jusqu'ici.

Le traitement conjugué (arsénio-mercuriel ou même arsénio-

bismuthique) paraît indiquer dans toutes les circonstances où la médication ne sera pas appliquée par un spécialiste averti, au courant de la technique et des incidents possibles. Il n'y a aucune contre-indication à cette mesure de prudence.

MM. ANDRÉ LÉRI, TZANCK et VÉRON ont étudié les réactions sérologiques en séries dans 38 cas de chancres traités dès la période pré-humorale : 17 étaient traités par l'arsenic, 19 par le bismuth.

Il résulte de la comparaison que, avec le bismuth comme avec l'arsenic, tous les chancres traités avant le 12<sup>e</sup> jour ont finalement un Wassermann négatif, mais que, avec l'un comme avec l'autre médicament, la réaction peut devenir momentanément positive (crochet positif) en cours de traitement.

Pour les chancres traités très précocement, le bismuth a empêché la positivation momentanée au moins aussi bien que l'arsenic : il semble même qu'il suffise, pour arriver à ce résultat, d'une petite dose de bismuth, alors qu'une petite dose d'arsenic reste insuffisante.

Pour les chancres traités plus tardivement, au cours de la 3<sup>e</sup> semaine, l'arsenic semble pouvoir aboutir encore à une négativation continue, alors qu'avec le bismuth il se produit toujours une positivation momentanée. En revanche, quand l'arsenic manque son effet, pour ainsi dire, il le manque plus complètement que le bismuth ; une réaction devenue positive avec l'arsenic a plus de chances de rester finalement positive, une réaction positive avec le bismuth sera plus souvent momentanée.

Ces dissemblances, peut-être un peu paradoxales à première vue, s'expliquent fort bien si l'on songe que les sels d'arsenic employés sont des produits solubles à action brutale et passagère, alors que les sels de bismuth sont des produits insolubles, en solution huileuse, qui s'absorbent lentement et peuvent avoir une action continue, progressive et durable.

En fin de compte, le bismuth, à la période préhumorale, paraît mériter d'être mis presque sur le même pied que l'arsenic.

M. TZANCK fait une communication sur le *signe du crochet positif dans les syphilis préumorales*. Les agents antisypilitiques sont à l'heure actuelle en si grand nombre qu'il importe

beaucoup moins d'apporter un médicament nouveau que de déterminer un moyen propre à comparer leur activité thérapeutique. Le critérium clinique important n'est pas suffisant. La rapidité de disparition du tréponème ne peut fournir le critérium cherché. Le signe du crochet positif est le seul sur lequel on peut se baser.

Si l'on divise en trois groupes les syphilis soignées dès la phase préhumorale selon que le traitement a été institué à la première, à la seconde ou à la troisième semaine du chancre on peut mettre en lumière les faits suivants :

Pour une syphilis soignée dès la première semaine avec des traitements intensifs arsenicaux intraveineux ou bismuthiques sous-cutanés la négativité constante du Wassermann est de règle, le crochet est l'exception. Par contre avec les traitements arsenicaux sous-cutanés et bismuthiques intraveineux on observe l'inverse.

Pour une syphilis soignée lors de la troisième semaine le crochet, ou même un véritable plateau positif deviennent la règle. Peut-être même le traitement réalise-t-il une véritable activation sérologique. C'est ainsi qu'on peut interpréter selon nous certains faits signalés par MM. Cl. Simon et Gastinel.

Pour un traitement institué lors de la seconde semaine le crochet positif est d'autant plus rare que le traitement est plus efficace. Dans ces conditions une statistique portant sur des faits comparables pourrait donner un test précieux de comparaison des divers agents antisiphilitiques. Le crochet positif réalisant selon l'expression de M. Queyrat un véritable signe d'insuffisance thérapeutique.

MM. SIMON et GASTINEL discutent la valeur du crochet. Pour eux le critérium de M. Tzanck paraît entaché d'erreur et ne semble pas pouvoir servir pratiquement à juger de l'activité des médicaments.

M. CARLE (de Lyon) fait une communication sur les *réinfections syphilitiques*.

1° Les réinfections sont bien plus fréquentes qu'on ne l'a cru autrefois. Sous l'influence du dogme de l'immunité, on a certainement étiqueté tertiaires, un grand nombre d'accidents de réinfection, comme le démontre la quantité toujours croissante

des cas publiés depuis 2 ans, certifiés par les examens de laboratoire.

2° Ces cas ont été surtout observés, tout d'abord chez les malades intensivement et précocement traités par les sels arsenicaux, dans le but de montrer leur action curative.

Cette action du traitement est indéniable.

3° Mais un nombre déjà important d'observations démontre également la possibilité de ces réinfections chez les malades simplement traités au mercure — ou même médiocrement traités.

L'élément *temps* doit donc entrer en ligne de compte à côté de l'élément traitement.

4° Conclusion pratique et morale : il ne faut pas trop rassurer le malade et lui laisser entendre qu'il n'a rien à craindre d'une réinfection pour l'avenir.

M. MEYNET (de Nice) rapporte les observations de deux frères, qui, à 15 jours d'intervalle, eurent des rapports avec la même femme atteinte de syphilis secondaire très virulente.

Le premier contracta la syphilis qui fut rapidement stérilisée par un traitement intensif, commencé 4 jours après l'apparition du chancre. Aucun accident précoce ou tardif.

Wassermann constamment négatif.

Le deuxième, en raison des circonstances, fut soumis à un traitement abortif 12 jours après le coït. Aucun accident n'apparut et les réactions sérologiques furent toujours négatives.

M. BORY fait une communication sur l'antigène *cholestériné* de Desmoulières dans la réaction de Bordet-Wassermann et montre l'importance de cette méthode dans la syphilis héréditaire.

M. MILIAN confirme cette manière de voir alors que M. Sabouraud reproche au procédé Desmoulières sa trop grande sensibilité.

MM. BODIN et PATAY (de Rennes) étudient la réaction du benjoin colloïdal dans le sérum sanguin et le liquide céphalo rachidien.

..

III. — La question des *Nævocarcinomes* était le troisième sujet faisant l'objet de rapports de MM. le Professeur MASSON (de

Strasbourg) et le Professeur BRUNO BLOCH (de Zurich). M. MASON a spécialement étudié l'anatomie pathologique.

Le mot *nævocarcinome* désigne les tumeurs malignes, le plus souvent mélaniques, à point de départ *nævique*. Ce terme est d'ailleurs à rejeter parce que les néoplasmes qui le portent n'ont pas toujours une structure épithéliale, mais sarcomateuse. Il vaut mieux lui substituer celui, plus vague et plus large de *nævocancer*.

Sans être constante dans les *nævocancers*, la mélanogénèse est cependant assez fréquente pour pouvoir être considérée comme un de leurs caractères importants, et permet de les ranger parmi les *mélanomes*.

Pour bien comprendre les *nævocancers* il importe de préciser la structure et l'origine des *nævi* qui leur servent de berceau et ceux-ci ne sauraient être interprétés sans une connaissance histophysiologique de la pigmentation cutanée.

La mélanine cutanée prend naissance dans l'épiderme, sauf au niveau de la tache mongolique où les cellules mésenchymateuses sont capables de la former. C'est dans l'assise basilaire et plus particulièrement dans les cellules rameuses d'origine épithéliale — les cellules de Langerhans — qu'elle se forme, par oxydation d'un chromogène. Seules méritent le nom de *mélanoblastes* les cellules capables de produire le pigment.

Les cellules de Langerhans, peuvent transmettre aux cellules épidermiques des substances qu'elles empruntent au syncytium des cellules fixes dermiques; le chromogène est de celles-là. Elles peuvent transmettre aux cellules dermiques des substances formées par elles, par exemple la mélanine. Elles sont donc *amorceuses* puisqu'elles peuvent emprunter au mésenchyme des substances qu'elles distribuent aux cellules épidermiques et vice-versa. Le pigment qu'elles transmettent aux cellules dermiques n'est pas formé par celles-ci qui le reçoivent à la façon d'un corps étranger, en sont tatouées, le résorbent, mais ne le fabriquent pas. Les cellules tatouées dermiques ne sont pas des *mélanoblastes*, mais des *mélanophores*. Le fait pour des cellules conjonctives d'être tatouées de mélanine est caractéristique de la *mélanose*.

Les *nævi* dont naissent les *nævocancers* sont les *nævi* cellulaires, ordinairement pigmentés. Qu'ils soient de simples taches planes ou des *nævi* tubéreux, leurs constituants sont de même essence et doivent être rattachés à la souche de *mélanoblastes*.



Mais tandis que, dans les taches simples, les mélanoblastes en surnombre restent inclus dans l'épiderme où ils ont pris naissance, dans les nævi tubéreux ou nævi hyperplasiques, ils prolifèrent, pénètrent dans le derme où ils subissent des transformations à mesure qu'ils s'éloignent de la surface. Dans les nævi les plus complexes, ces éléments se trouvent disposés par étages. Dans les étages superficiels, les uns sont épithélioïdes, les autres rameux (langerhansiens). Dans l'étage moyen il n'existe que des cellules épithélioïdes, ordinairement groupées en cordons d'aspect endocrinien. Dans l'étage profond les cellules s'isolent dans une trame collagène et acquièrent des caractères schwanniens, myoïdes et mêmes conjonctifs.

Les nævocancers reproduisent les uns ou les autres de ces aspects en les sélectionnant d'une façon plus ou moins stricte.

Suivant la structure dominante on peut les classer comme suit.

Nævoépithéliomes. Tumeurs à structure épithéliale franche, répondant aux éléments de l'étage superficiel des nævi, avec les variétés suivantes.

Nævoépithéliomes dimorphes, où sont représentés les deux états, épithélial et langerhansien, des cellules næviques. Ces tumeurs sont toujours pigmentées.

Nævoépithéliomes monomorphes, où l'on ne trouve qu'une seule des formes associées dans la variété précédente, et qui se divisent en nævoépithéliomes langerhansiens, toujours pigmentés, à cellules rameuses ou fusiformes.

Nævoépithéliomes endocriniens ou achromiques, dont les cellules sphériques, se groupent en cordons incolores et de structure endocrinienne.

Nævosarcomes. Tumeurs dont les cellules, arrondies, rameuses ou fusiformes ont la propriété de donner lieu à la production de collagène et se comportent ainsi à la façon des cellules conjonctives.

Rarement les cellules ont des caractères de fibres musculaires lisses (nævomyosarcomes).

Ces divers types morphologiques ne constituent pas des espèces distinctes et peuvent être associés de façons diverses dans un même néoplasme.

Le stroma des nævocancers est presque toujours tatoué, mélanotique.

Les nævocancers se généralisent d'abord par voie lymphati-

que, puis par voie sanguine. En dehors des accidents qu'ils déterminent par leur localisation et celles de leurs métastases, il faut mentionner la mélanose extensive produite par la mélanine libérée par les cellules cancéreuses. Le tatouage progressif des cellules conjonctives et des cellules réticuloendothéliales amène la prolifération de celles-ci et contribue dans une mesure plus ou moins large à compromettre les fonctions viscérales.

Il peut donner lieu à des tumeurs hyperplasiques mélanotiques qu'il ne faut pas confondre avec les mélanomes proprement dits.

Les *nævocancers* sont des mélanomes caractérisés surtout par les circonstances étiologiques de leur apparition. Par leur constitution ils sont semblables à ceux qui naissent hors de la peau.

Il convient donc de les ranger, avec ceux-ci dans un groupe unique. Ribbert croyait pouvoir expliquer l'unicité des mélanomes par la nature mésoblastique de leur point de départ, le *Cromatophore*. L'origine épidermique des *nævi* rend cette conception inadmissible. Des recherches nouvelles permettent de penser que les éléments *næviques*, comme ceux des mélanomes sont de provenances diverses et cependant tous d'essence nerveuse. Ils répondraient aux manifestations hyperplasiques ou néoplasiques de systèmes nerveux parcellaires. Ceux-ci seraient d'origines multiples, locaux et autochtones. Secondairement rattachés au système cérébrospinal ils formeraient avec lui un tout dans lequel leur individualité initiale disparaîtrait à l'état normal, par une convergence morphologique liée à la similitude de leurs fonctions. L'unicité morphologique des mélanomes ne serait donc pas liée à leur origine unique, mais aux fonctions homologues de leurs éléments initiaux. Si ces vues se confirment la classification des tumeurs mélaniques devra être complètement reprise et la terminologie toute provisoire, adoptée dans ce rapport, modifiée.

Le Prof. BRUNO BLOCH (de Zurich), rapporteur. — Les anciennes méthodes de l'histologie morphologique ne peuvent apporter la solution définitive au problème de l'origine et du développement des tumeurs *næviques*, du fait de la polymorphie extrême de leurs cellules. Une explication rationnelle doit s'appuyer sur la connaissance de la genèse et de la fonction des cellules *næviques*.

Les tumeurs *nævogènes* malignes prennent leur point de départ

dans les nævi bénins. Les recherches de Unna, Darier et d'autres auteurs encore ont pu prouver le passage direct des cellules épidermiques en cellules naviques. Ce passage s'accompagne d'une transformation profonde, au double point de vue, morphologique et fonctionnel.

Si nous examinons les deux fonctions importantes de l'épiderme que sont, d'une part la production de la kératine et la formation du pigment d'autre part, nous voyons que la première fonction disparaît au cours de la métaplasie navique? La seconde au contraire augmente d'intensité, au début surtout de cette même métaplasie ainsi que dans la dégénérescence maligne des nævi. Pour certains auteurs d'ailleurs, les cellules ectodermiques qui ont subi la métaplasie navique acquièrent de nouvelles fonctions telles que la formation de substance collagène (desmoplasie).

La fonction la plus constante des cellules naviques, tout comme des tumeurs qui en dérivent est la pigmentogénèse. Celle-ci nous permet d'établir une *classification génétique des tumeurs naviques*.

Dans la peau normale, seules les cellules d'origine ectodermique contiennent le ferment spécifique chargé d'élaborer le pigment, c'est-à-dire la dopa-oxydase. Les cellules pigmentées que l'on trouve normalement dans le chorion ne sont pas des mélanoblastes, mais des éléments de nature conjonctive qui ont phagocyté le pigment. Une dopa-réaction positive et la propriété d'élaborer le pigment démontrent l'origine ectodermale des cellules naviques et des tumeurs qui en dérivent.

Celles-ci sont donc des mélano-carcinomes, dont nous distinguons les variétés suivantes :

a) les nævo-carcinomes vrais, provenant des cellules ayant subi la métaplasie navique.

b) les mélano-épithéliomes simples issus de la couche basale de l'épiderme, sans subir au préalable la métaplasie nævoïde tout en conservant la capacité d'élaborer le pigment (Lentigo malin des vieillards, Hutchinson, Dubreuilh).

Outre les mélanoblastes d'origine ectodermique nous rencontrons chez les animaux d'autres mélanoblastes d'origine mésodermique.

Situés dans les couches profondes du derme ils donnent une dopa-réaction positive. Ils n'ont rien de commun avec les chro-

matophores habituels du derme dont ils se distinguent au double point de vue morphologique et fonctionnel.

Nous retrouvons chez l'homme ces mélanoblastes d'origine mésenchymateuse dans l'affection connue sous le nom de tache mongolique ainsi que dans le naevus bleu (Jadassohn).

Les tumeurs dérivées de ces mélanoblastes d'origine mésodermique doivent être considérés comme de véritables mélanosarcomes.

Selon Darier la dyskératose de Bowen, le Paget's disease et le naevus forment un groupe naturel d'état précancéreux de l'épiderme (ségrégation et métaplasie des cellules, tendance à la formation des cancers spéciaux). La cause de la dégénérescence maligne de la cellule naevique est encore obscure.

Il est possible que le pigment joue un rôle dans cette dégénérescence, mais ce rôle est loin d'être démontré.

#### *Discussions et communications*

M. BROCC estime que le traitement de choix des naevi mélaniques est l'électrolyse négative ; c'est le traitement le moins dangereux et qui lui a permis d'obtenir des cas d'amélioration et de régression.

M. COTTENOT préfère également l'électrolyse à la radiothérapie. Il signale que les maladies de Paget et de Bowen se montrent aussi radio-résistantes que les naevi et les naevo-carcinomes. Il remarque ce fait intéressant que, lorsqu'il existe plusieurs tumeurs, si l'on traite par l'électrolyse une tumeur, on peut souvent assister à la disparition ou à la diminution des autres tumeurs et des ganglions.

M. LEMAITRE a obtenu dans un cas de naevo-carcinome traité par l'extirpation chirurgicale avec curage de ganglions, un excellent résultat. Au bout de 18 mois il n'existait pas de récurrence.

M. J. BELOT a fait toute une série de recherches sur le traitement des naevo-carcinomes. Il estime que la chirurgie donne exceptionnellement des résultats complets ; la radiothérapie prise dans son sens le plus large ne lui a donné que des succès avec

les diverses longueurs d'onde aujourd'hui utilisées. L'électrolyse négative est le meilleur procédé à condition de faire d'emblée, sous la tumeur, un barrage de défense et de traiter ensuite les lésions de surface. On guérit ainsi les lésions limitées et on arrête dans leur évolution les lésions plus étendues. L'examen histologique montre une augmentation nette de la stromo-réaction sous l'influence de l'électrolyse.

M. HUDELO a observé 2 cas de naëvo-carcinome de la plante du pied dans lesquels le traitement chirurgical avec curage de ganglions inguinaux et cruraux a donné un excellent résultat.

M. BRUNO-BLOCH est partisan de hautes doses de rayons X dans les naëvo-carcinomes, surtout dans le cas de tumeurs généralisées et en voie de dégénérescence cancéreuse.

M. SAVATARD (de Manchester) étudie le *carcinome sébacé*.

Ces tumeurs se voient d'habitude au niveau de la peau mais peuvent se rencontrer ailleurs.

Elles sont soit uniques, soit multiples et souvent associées à d'autres variétés de carcinomes cutanés.

Au point de vue clinique elles ressemblent plutôt à un carcinome à cellules cornées qu'à un carcinome baso-cellulaire.

Au point de vue histologique, on constate qu'elles partent, sous forme de corps en bourgeons, des couches profondes du *rete mucosum*.

Les cellules qui les forment sont grandes, souvent vacuolisées, dépourvues de filaments, ont de grands noyaux et nucléoles, présentent souvent des mitoses. Elles ressemblent d'une façon frappante aux cellules sébacées. Au fur et à mesure que la tumeur envahit les couches profondes elle prend un aspect se rapprochant plus de celui d'une glande bien que l'on ne trouve jamais de lumière vraie. Les masses alvéolaires sont entourées par un tissu fibreux serré. Ou bien elles peuvent apparemment partir des glandes sébacées quand la partie supérieure du chorion est libre de néo-formations.

Ces cas sont-ils donc tous de la même nature ? Devons-nous les décrire comme carcinomes sébacés, sébacéiformes ou alvéolaires de la peau ?

M. EDWIN RAMEL (de Zurich) communique ses recherches sur la *pigmentation des muqueuses*.

La muqueuse normale, abstraction faite des pigmentations physiologiques de certaines peuplades, est dépourvue de pigmentation et présente une dopa-réaction négative.

La dopa-réaction peut devenir positive par contre au cours des pigmentations pathologiques des muqueuses.

La pigmentogénèse n'est donc pas l'apanage exclusif de la peau. Elle existe aussi à l'état virtuel, souvent pendant toute la vie, au niveau des muqueuses, où elle peut être provoquée, éveillée par sa période de latence, par différents facteurs de nature pathologique, probablement aussi physiologique.

MM. BROCCQ et J. BELOT, apportent le résultat de leur pratique dans le *traitement des épithéliomes cutanés* : elle s'étale sur 23 ans et se rapporte à 5.500 cas avec un pourcentage de guérisons de 80 à 85 o/o. La méthode à laquelle ils donnent la préférence consiste en un raclage préalable suivi d'une application radiothérapique. Celle-ci doit être unique, c'est-à-dire se faire en une fois, en opposition à la méthode des doses faibles et répétées qui doit être abandonnée.

L'épithéliome spino-cellulaire de la peau peut guérir par le même procédé; dans certains cas, il est préférable de ne pas racler et de donner d'emblée en 8 à 10 jours la dose utile et nécessaire.

Chaque cas d'épithéliome nécessite une technique appropriée dont les éléments se trouvent dans la forme clinique et la variété histologique.

M. GILCHRIST fait passer sous les yeux du Congrès une série de projections relatives à la dégénérescence hyaline généralisée des vaisseaux sanguins cutanés et des glandes sudoripares.

..

IV. — La dernière question rapportée au Congrès était la *valeur des voies d'introduction des médicaments dans le traitement de la syphilis*.

M. MILIAN, rapporteur expose que la prééminence d'une voie



d'administration des médicaments antisypilitiques diffère suivant le médicament.

Pour les arsénobenzols, la voie de choix est la voie veineuse, qui seule, dans l'état actuel de la pharmacologie, permet d'administrer des doses massives qui permettent d'ambitionner la stérilisation de la maladie, bien qu'à dose égale, la voie sous-cutanée possède la même activité. Chez le nourrisson seulement, la voie sous-cutanée permet d'administrer la dose massive.

La voie veineuse donne un peu plus souvent des crises nitritôides que la voie sous-cutanée, mais celles-ci sont immédiates et éclatent sous la surveillance du médecin et peuvent dès lors être facilement jugulées. Il est faux de dire que la voie sous-cutanée ou intramusculaire soit exempte de dangers.

La voie sous-cutanée donne des crises nitritôides retardées, qui se déroulent hors de la surveillance du médecin et sont, de ce fait, très dangereuses et peuvent ainsi devenir mortelles.

L'apoplexie séreuse et l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse exfoliante, qui sont les complications les plus graves de la médication arséno-benzolique, sont plus fréquentes par la voie sous-cutanée ou musculaire qu'avec la voie veineuse.

L'administration des arsénobenzols par la bouche ou par la voie rachidienne n'est pas recommandable pour le traitement de la syphilis.

Pour le mercure, la voie intramusculaire est la plus recommandable avec l'emploi des sels insolubles (calomel, huile grise), qui permettent des doses les plus massives possibles et la prolongation du traitement, sans qu'ils deviennent trop onéreux ou trop absorbant pour le malade.

La voie veineuse n'est praticable qu'avec très peu de sels mercuriels, la plupart provoquant des thromboses. Elle devient spécialement indiquée dans certains cas, lorsqu'on cherche à provoquer la diurèse par exemple, ainsi qu'on l'obtient avec le cyanure de mercure (néphrite, cirrhoses syphilitiques, érythrodermies exfoliantes arsenicales des syphilitiques). Les traitements par la bouche ou par la peau (frictions) sont des moyens de suppléance, qui peuvent rendre quelque service quand les autres méthodes sont impossibles.

Les voies rectale, préputale, vaginale sont incommodes et peu actives.

La voie rachidienne est infidèle et dangereuse.



Pour le bismuth, la voie musculaire est actuellement la seule recommandable la voie veineuse étant à peu près impraticable du fait de la forte toxicité des sels solubles administrés par cette voie.

Pour les médicaments iodés, l'iodure de potassium surtout, la voie buccale est la seule qui permette les doses nécessaires de 3 à 6 grammes par jour.

M. BODIN (de Rennes) corapporteur. On peut apprécier la valeur respective des diverses voies d'introduction des médicaments dans le traitement de la syphilis en les examinant par rapport aux conditions suivantes : l'absorption, l'élimination et la persistance des médicaments dans l'organisme, la technique d'application et ses avantages, les inconvénients et dangers des diverses méthodes, et enfin les effets sur les accidents et l'évolution de la maladie.

Dans l'état actuel de nos connaissances, cette étude conduit aux conclusions que voici :

1° Les voies d'introduction digestive, respiratoire et cutanée ne réalisent pas les conditions de précision exigibles pour un traitement actif, tel que celui qui convient dans l'infection par le tréponème.

Elles sont à rejeter en tant que méthodes générales et rationnelles de traitement.

2° Dans la syphilis des centres nerveux, la voie intra-rachidienne doit être abandonnée actuellement en raison du peu de résultats qu'elle donne et des déboires auxquels elle expose.

3° Les méthodes par injection sont précises et toutes susceptibles d'assurer l'action parasiticide qui est le but essentiel. Toutefois il convient de distinguer ici : A) Les injections intraveineuses, donnant le maximum de rapidité et d'intensité mais dont les effets sont relativement peu prolongés. Ainsi que toute méthode très active, celle-ci comporte certains risques, qui se réduisent, avec une technique correcte et grâce aux progrès récents, à des accidents très rares eu égard au nombre de malades traités.

B) Les injections sous-cutanées et intramusculaires qui, d'une manière générale, ont une action moins rapide et moins intense mais plus longue que celle des injections intraveineuse, comme ces dernières et contrairement à l'opinion courante, les injections sous-cutanées et intramusculaires exposent aux accidents d'in-

tolérance, qui sont seulement répartis dans le temps d'une manière différente. Elles offrent en outre, avec certaines substances insolubles ou à résorption lente le danger de l'accumulation des doses avec solubilisation ultérieure très variable. On doit donc considérer actuellement la voie veineuse comme la méthode de choix pour le traitement rationnel de la syphilis; ceci d'une manière très générale, indépendamment des cas particuliers dans lesquels le médecin doit savoir se plier aux circonstances et sous réserve de nouvelles découvertes en chimiothérapie.

#### *Discussion et communications.*

M. POMARET expose les recherches qu'il a entreprises sur l'activité spirillicide comparée de divers groupes de médicaments antisyphilitiques, et la détermination de cette activité. Il préconise comme test expérimental pour l'étude en série de l'activité spirillicide des médicaments antisyphilitiques, l'infection spirillaire de la poule par *Spirochæta gallinarum*, suivant une technique simple, précise et rapide. L'auteur développe les nombreux arguments qui lui font préférer ce test à l'infection de la souris par *Trypanosoma equiperdum*, utilisée dans le même but par les laboratoires officiels d'essais d'Angleterre et des Etats-Unis.

De l'ensemble des travaux de l'auteur sur les divers groupes de médicaments antisyphilitiques, pour lesquels il prend comme étalon d'activité un sel de composition fixe, le 190 de Fourneau il ressort qu'en injection intramusculaire, le 606 et l'arsénobenzol Billon, produits d'activités équivalentes, sont 4,5 à 4,9 fois plus actifs que le 190; et 1,5 à 1,78 fois plus actifs que les dérivés novarsénicaux. En injection intramusculaire le 914 (Novarsénobenzol), se montre 6,2 à 8 fois plus actif qu'absorbé *per os*, et, le 190 3,6 fois. Pour l'absorption buccale, l'auteur donne la préférence au 190 par suite de sa grande stabilité et parce que, ingéré préventivement 24 heures avant l'infection expérimentale, il se montre alors tout aussi actif que le 914. Comparés au novarsénobenzol ou à l'éparséno (132), les sels solubles de bismuth, expérimentalement les plus actifs, l'éthylène diamine bismutho-gallate, (Galismuth), et tartro-bismuthate soluble (luatol); se montrent 1,25 à 1,7 fois moins actifs que le 914 ou le 132; par contre les solubles de bismuth mentionnés sont 7 à 12 fois

plus actifs que les sels insolubles (iodo-bismuthate, hydroxyde, Bi réduit). Quant aux sels mercuriels, leur activité spirillicide est à ce point faible, qu'elle ne peut expérimentalement pas être mesurée à l'aide du test préconisé ; exception faite pour l'énésol et le calomel, lequel se montre aussi actif que les sels insolubles de bismuth.

De nombreuses communications ont encore été faites particulièrement sur l'action du bismuth mais elles peuvent toutes se résumer dans ces conclusions qui ont été formulées par MM. HUDELO, RABUT et RICHON que le bismuth ne doit pas rester une arme de second plan réservé aux traitements d'usure et destiné aux malades intolérants ou résistants aux arsénobenzènes mais qu'il peut rivaliser avec ces derniers dans le traitement d'attaque de la syphilis par la rapidité et la stabilité de ses résultats sérologiques et son innocuité absolue.

Contrairement à l'opinion des rapporteurs M. PAUTRIER a préconisé le traitement bismuthique intraveineux par le bismuth qui ne donne lieu à aucun incident et qui peut prendre une place tantôt égale à celle des arsenicaux les plus puissants, tantôt une place intermédiaire entre ces derniers et le mercure.

M. NICOLAS V. GRECO (de Buenos-Aires) étudie le *zinc dans le traitement de la syphilis* qui aurait une action sensiblement égale à la médication mercurielle.

Les dernières séances du Congrès ont été consacrées à de nombreuses communications et à des présentations de malades.

M. L. BORY rapporte un certain nombre d'observations où la *nature parasitaire du lichen plan* lui paraît évidente, ce qui confirme l'impression générale actuelle sur l'origine de cette maladie. On peut dans certains cas, dont il cite une observation particulièrement schématique, suivre l'inoculation du parasite inconnu et son cheminement en plusieurs assauts à travers le réseau lymphatique des téguments.

M. RABELLO étudie les origines de la Leishmaniose tégumentaire et les formes cliniques de cette affection au Brésil.

M. TERRA présente une étude sur les *mycoses profondes* de caractère grave observées au Brésil. Les plus intéressantes de ces

maladies sont les blastomycoses, les spirotrichoses, les mycétomes et la dermatite verruqueuse isolée récemment, mais qui peut être confondue avec les blastomycoses.

M. BROCQ étudie l'*érythroïse pigmentée péribucale*. Il désigne sous ce nom une assez curieuse dermatose dont il a observé les premiers cas il y a environ 25 ans, et qui est objectivement caractérisée :

1° Par sa localisation aux régions inférieures de la face ; elle apparaît d'abord aux parties latérales du menton, puis peu à peu elle gagne les pourtours de la bouche et parfois les sillons nasogéniens ;

2° Par sa coloration café au lait plus ou moins accentuée, variant du jaune brunâtre à peine perceptible, au brun assez foncé ;

3° Par sa variabilité comme teinte suivant les jours et même suivant les heures de la journée ;

4° Par l'atténuation considérable de la coloration par la vitropression.

Dans une seconde communication il étudie les *parakératoses psoriasiformes et leurs rapports avec les pyodermes et les mycoses* et le prurit circonscrit avec lichénification sur parakératose psoriasiforme.

M. RAVOGLI a observé à la suite de la dénudation des nerfs vasomoteurs des éruptions cutanées de la paume des mains et de la plante des pieds. Il y a des altérations des sensibilités, hyperémie et œdème par l'irrégularité de l'action des vaso-moteurs. Il y a encore altérations trophiques, érythèmes, vésicules, bulles et formation des tumeurs et hypertrophie de l'épiderme, kératodermie.

M. JACOBSON étudie le mode d'action de l'*éther benzyl-cinnamique sur les foyers tuberculeux*. Il présente quatre cas de différentes localisations. Objectivement ce produit tend à provoquer la sclérose. Subjectivement l'éther benzyl-cinnamique agit passablement sur la douleur et les troubles fonctionnels.

MM. BELOT NAHAN et LE PENNETIER exposent la valeur réciproque de divers procédés physiothérapiques dans le *traitement*

du *lupus* vulgaire. Les méthodes à retenir sont l'électrolyse négative, la finsenthérapie et la radiothérapie. L'électrolyse peut guérir de petits nodules lupiques ; le finsen donne des résultats définitifs tandis que la radiothérapie ne guérit pas le lupome mais est un admirable adjuvant et préparateur de terrain, combinée aux scarifications elle donne de remarquables résultats. Le traitement général indispensable trouve dans le bain général de lumière avec lampe à arc un moyen remarquable permettant de doubler le pourcentage des résultats.

M. GOUBEAU présente trois cas de *lupus*, deux érythémateux, un tuberculeux traités par la médication iodée intensive, méthode Boudreau, et localement par le carbochloryle pur et le carbochloryle iodé.

MM. LEVY FRANKEL et JUSTER préconisent la *solanine* comme donnant d'excellents résultats dans le traitement du prurit en général et dans les prurits circonscrits avec lichénification, les parakératoses psoriasiformes eczématisées, certains eczémas suintants et les prurits anaux.

M. DURÉUX emploie le chlorhydrate d'émétine et antimoine dans le traitement du psoriasis. Il ne s'agit pas de guérison du psoriasis mais les malades suivis aussi longtemps que possible et certains, de 6 mois à 2 ans, n'ont présenté aucune récurrence.

M. GRECO (de Buenos-Ayres) signale quelques guérisons de verrues vulgaires en employant par voie endoveineuse les injections de solutions concentrées de chlorure de magnésium en commençant par la dose de 0,05 et en arrivant jusqu'à 2 grammes. La médication est bien tolérée.

M. NOEL étudie : 1° les modes d'action de la douche filiforme ; 2° les résultats favorables obtenus dans le traitement de nombreuses dermatoses et particulièrement des acnés, névrodermites, *lupus* ; 3° une théorie nerveuse des hypersistances de la peau édifiée à la lumière des faits constatés au cours de la pratique de la douche filiforme.

M. STEINMETZ rapporte un cas rare de syphilis héréditaire osseuse.

MM. HUDELO et RABUT ont recherché systématiquement la syphilis chez 120 peladiques par l'interrogation du malade, ses antécédents personnels et familiaux ; le dépistage des stigmates héréditaires, l'examen sérologique et l'épreuve du traitement arsenical : 32 ne présentaient aucun signe de syphilis, 43 étaient suspects, 40 soit un tiers, pouvaient être catalogués syphilitiques (8 acquis, 32 héréditaires), les réactions de Bordet-Wassermann et Hecht ne furent, sur l'ensemble des cas, positives totalement ou partiellement que 13 fois.

MM. J. MONTPELLIER et BOUTIN ont recherché si l'organisme des faviques réagit vis-à-vis de l'infection mycosique et ont fait des essais de vaccinothérapie.

Ils concluent : 1° sur l'absence d'anticorps décelables par la méthode de déviation du complément au sérum chauffé, sur la présence d'anticorps au sérum non chauffé ; 2° après vaccination, des anticorps apparaissent dans le sang des faviques ; 3° l'effet thérapeutique sur les lésions mycosiques en cours est nul.

MM. NICOLAS et MASSIA montrent que l'*Achorion Quinckeum* est susceptible de donner des godets faviques typiques.

MM. GUBEAU et de PRADEL rapportent la statistique de 100 cas de cancers divers pour lesquels ont été systématiquement pratiquées les réactions de Bordet-Wassermann, Hallion-Bauer et Hecht. Le pourcentage de réactions positives s'est montré quatre fois plus élevé chez les cancéreux non suspects de syphilis, que chez les individus non cancéreux et non suspects de syphilis.

M. HÜGEL montre un cas d'*elephantiasis nostras*. Un berger des environs de Haguenau qui n'a jamais quitté son pays présente un état éléphantiasique de la jambe.

M. MORELLE (de Louvain) rapporte un cas de *nanisme par hérédo-syphilis*. Il s'agit d'une malade âgée de 23 ans et ne mesurant que 1 m. 32. La petitesse de la taille est due avant tout à une diminution de longueur des membres inférieurs résultant elle-même de l'ostéite des deux jambes.

M. RIEDERER rapporte un cas d'*ostéomyélite hérédo-syphili-*



*tique* observé chez un adolescent : ostéomyélite traumatique à 4 ans, dix ans plus tard ulcère de la jambe traumatisée durant 3 ans. Stigmates dentaires peu nets. Bordet-Wassermann positif au sérum frais. Radiographiquement : ostéoporose, 2 gommes. Amélioration par le traitement arsenical.

MM. NICOLAS et J. LACASSAGNE relatant une observation de *gomme du gland* à évolution rapide s'accompagnant d'une hyperthermie considérable (plus de 40°). Chute immédiate et définitive de la température après une injection de 0,15 de 914, guérison après élimination du gland.

M. HÜGEL relate les différents modes de *traitement de la sclérodermie* et recommande les injections de fibrolysine associées à l'opothérapie polyglandulaire.

M. CLÉMENT SIMON et WICKHAM qui ont étudié la *cuti-réaction à la tuberculine chez les syphilitiques* ont obtenu chez ces malades un pourcentage de réactions positives comparable à celui qu'on obtient chez tous les adultes non syphilitiques. Ces résultats sont conformes à ceux de Strauss et Teissier et à ceux de Nicolas, Favre, Augagneur et Charlet. La syphilis, contrairement aux conclusions de Lelong et Rivalier, ne semble pas être une maladie anergisante à l'égard de la tuberculose.

MM. PAUTRIER et GEORGES LÉVY ont observé un cas d'*ictère novarsenical* mortel. Ils présentent des documents cliniques et anatomo-pathologiques qui leur permettent d'affirmer avec la plus grande probabilité l'origine salvarsanique de cet ictère.

M. PAYENNEVILLE rapporte l'observation d'une malade atteinte de *sporotrichose gommeuse des parties molles et du squelette iodorésistante* et rapporte encore l'observation de deux malades atteints de dermatite polymorphe douloureuse traités et améliorés par l'autohémothérapie associée à la novarsénothérapie.

MM. PAUTRIER et GEORGES LÉVY présentent trois cas de *xanthome en tumeurs* en série familiale avec infiltrations xanthomateuses, tendineuses et juxta-articulaires et hypercholestérolémie considérables.



M. SICOLI montre qu'il existe une *dyshidrose vraie* telle que Tilbury Fox l'avait décrite, car l'étude histologique montre que la formation de la vésicule est due à la rupture du conduit excréteur de la glande sudoripare dans son passage à travers l'épiderme. A côté de cette dyshidrose, il existe un type vésiculeux non parasitaire mais qui anatomiquement n'est pas en relation avec un trouble parasitaire, enfin un type vésiculeux mycosique.

MM. HUDELO, CAILLIAU, MONSON et CURY font une importante étude de la *lymphogranulomatosé de Hodgkin* qu'il faut distinguer surtout des affections néoplasiques malignes du tissu hématopoiétique (lymphosarcome de Kundrat-Paltauf, granulomatosé bénigne de Benda, lymphadénome métatypique de Bezançon et Labbé, etc..) et des leucémies. La lymphogranulomatosé ne donne pas de métastase.

Réduite à ce cadre, la lymphogranulomatosé évolue en plusieurs phases : 1° lésions d'hyperplasie inflammatoire et régression embryonnaire des tissus ganglionnaires ; 2° lésions dystrophiques et apparition d'éléments pouvant découler des lésions néoplasiques malignes ; 3° lésions de sclérose le plus souvent hypertrophique.

MM. COVISA et BÉJARANO apportent une contribution à l'étude du *parapsoriasis en gouttes* et en font l'étude histologique.

MM. TEISSIER, GASTINEL et REILLY étudient les conditions de réceptivité dans l'inoculation expérimentale du virus herpétique. Ils montrent que l'herpès est auto et hétéro-inoculable. Pour réaliser l'inoculation, il faut s'adresser à une souche d'origine humaine. Les individus qui se prêtent le mieux aux inoculations sont ceux qui sont sujets à l'herpès. L'inoculation expérimentale ne détermine aucune immunité locale.

P. FERNET.

---

## REVUE DE DERMATOLOGIE

### **Acarlase.**

I. Epidémie d'acariase du grain, dans la ville, la province et les prisons de Bologne (Sulla continuazione della epidemia di acariasi da grano nella provincia e città di Bologna e nelli carceri della stessa città), par MAJOCCHI. — II. Première et rapide apparition de l'acariasis du grain dans la commune de Udine, par MURENO. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, 1922, pp. 124 et 127, avec figure.

I. — Majocchi donne de nouveaux détails sur cette épidémie de 1921 qui a atteint beaucoup de personnes, jusqu'à 8 et 11 dans une même famille, avec une intensité variable, le plus souvent sous les formes papuleuse et papulo-vésiculeuse, ortiée, avec pyodermites. Dans les prisons, le total des malades fut de 140. L'épidémie diminua en été (28 cas) et reprit en automne (80 cas). Dans les prisons, l'épidémie paraît avoir été causée par de la paille infectée, en ville par du grain introduit dans les habitations. Les soins recommandés consistent dans la désinfection des greniers par les fumigations sulfureuses, à remuer de temps en temps le grain avec la pelle pour l'empêcher de devenir humide, éloigner les sacs qui ont contenu le grain, éviter la paille infectée par le *pediculoides ventricosus* pour préparer les paillasses. Ces épidémies eurent lieu dans les Romagnes, en Toscane, Sicile, Frioul.

II. — L'épidémie de 1921, favorisée par les chaleurs estivales est la première observée dans la province d'Udine. Le *pediculoides ventricosus* trouve un terrain favorable quand la peau est couverte de sueur et l'épiderme ramolli. Il provoque une dermatose qui semble l'exagération de la miliaire d'été, mais avec multiplication de ses localisations par la dissémination du parasite. Majocchi fait observer qu'à Bologne l'épidémie a atteint son acmé en automne. F. BALZER.

### **Acide formique.**

Action de l'acide formique sur la peau humaine (Wirkung der Ameisensäure auf die menschliche Haut), par KELLERMANN. *Dermatologische Zeitschrift*, 1922, t. XXXVI, p. 345.

On sait que les piqûres d'insectes provoquent de l'urticaire. Or, l'injection d'acide formique (intra-cutanée, avec une solution à 2 0/00 ; ou intraveineuse, à raison de 5 centimètres cubes à 1 0/0) provoquent de l'urticaire. C'est probablement à l'acide formique qu'il faut attribuer les réactions locales des piqûres d'insectes à petites doses, l'acide formique est inoffensif, et du reste inutile au point de vue thérapeutique.

CH. AUDRY.

### **Acné.**

L'association de lésions oculaires et de la rosacée (The association of eye-lesions with rosacea), par Low. *The British Journ. of Dermat.*, août-sept. 1922, p. 275.

Ce n'est pas la première fois que l'association de lésions oculaires avec la rosacée est signalée, mais elle est peu connue des dermatologistes. Les malades atteints simultanément de lésions oculaires gênantes et inquiétantes et de lésions faciales indolores, s'adressent tout naturellement aux ophtalmologistes négligeant l'affection cutanée.

On observe, au cours de la rosacée, des blépharites, des conjonctivites et des kératites.

La conjonctivite peut se présenter sous deux aspects : 1° conjonctivite non caractéristique avec légère rougeur et dilatations capillaires ; 2° forme plus intense et moins commune dans laquelle on constate des petits éléments papuleux congestifs et télangiectasiques souvent localisés à la conjonctive bulbaire. Ces lésions correspondent exactement à celles de la rosacée. Lorsque les papules disparaissent, les dilatations vasculaires persistent. L'affection peut être confondue avec la conjonctivite phlycténulaire avec laquelle elle a quelques analogies.

La kératite de la rosacée se présente sous trois formes plus ou moins intenses, allant de l'ulcération superficielle à l'ulcération profonde, progressive, accompagnée d'infiltration sous-épithéliale.

Il n'y a aucun doute que ces lésions sont identiques à celles de la peau : la rougeur de la conjonctive correspond aux dilatations capillaires de la rosacée ; les papules conjonctivales, aux papules cutanées ; les ulcérations cornéennes, aux pustules de la rosacée. Il est intéressant de constater que ce sont les substances telles que l'ichtyol, l'oxyde de zinc, le soufre, l'acide salicylique qui réussissent le mieux dans cette variété d'affection oculaire. Il se peut que certains cas de chalazion aient aussi une parenté avec la rosacée. S. FERNET.

**Bacilles acido-résistants dans l'acné conglobé** (Ueber Säurefeste Bazillen bei Acne conglobata, par E. PICK). *Dermatologische Wochenschrift*, 1922, n° 15, p. 345.

Dans un cas d'acné conglobé ulcéreuse énorme du cou et du front, P. a trouvé un bacille acido-résistant semblable à celui qui a déjà été vu par Preis. P. lui attribue une signification purement saprophytaire et rappelle à ce sujet le travail de Kolle, Schlossberger et Pfannenstiel sur les saprophytes acido-résistants du sang. CH. AUDRY.

#### **Acrodermatite.**

**Nouvelles recherches sur l'acrodermatite atrophiante chronique** (Weiterer Beitrag zur Kenntnis der Akrodermatitis chronica atrophicans), par M. JESSNER (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXXXIX, p. 294).

J. insiste d'abord sur la grande fréquence de la maladie : en 2 ans, 21 cas, dont 17 femmes, observés à Breslau.

Puis il donne l'observation clinique et histologique de 2 cas où la maladie s'accompagnait de la production de nodules au niveau des coudes, nodules de tissu conjonctif et semblables à ceux qui ont déjà été décrits par d'autres auteurs.

Dans un cas, J. décrit un xanthome et un fibroxanthome des coudes

et du haut des cuisses avec cellules de xanthome, grains de cholestérine ; mais sans cholestérinémie. Il rappelle un cas de Siemens où un xanthome ne s'accompagnait pas non plus de cholestérinémie, mais ne repousse pas l'hypothèse que cette absence de cholestérinémie fut temporaire.

Dans 8 cas, la radiographie a permis de constater un certain degré d'atrophie osseuse.

Enfin, J. rappelle que dans plusieurs cas, des troubles d'origine endocrinienne ont pu être relevés.

CH. AUDRY.

### **Calcifications cutanées.**

**Sur les calcifications développées dans le tissu cellulaire sous-cutané** (Über die Verkalkungen im Unterhautzellgewebe), par R. SCHWITZCH. *Archiv für Dermat. und Syph.* 1921, t. CXXXII. Analysé in *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. II, p. 27.

Femme de 49 ans, morte de dégénérescence amyloïde du rein après des poussées érysipélateuses successives ayant abouti à un état éléphantiasique de la jambe gauche, et qui présentait des noyaux de calcification dans le tissu cellulaire hyalin. Les calcifications occupaient principalement les fibres élastiques qu'elles engainaient, ces fibres étant plus ou moins isolées, fragmentées, pelotonnées. Les grains calcaires, ailleurs qu'autour des fibres élastiques, étaient rares, clairsemés entre les faisceaux conjonctifs. S. invoque pour expliquer cette altération, la stase lymphatique, la dégénération hyaline du tissu connectif, la dislocation des fibres élastiques, les troubles trophiques, dus aux altérations vasculaires, et aussi les troubles du métabolisme dans le sang des sels calcaires, accidents dus à la dégénérescence rénale qui avait provoqué de la rétention calcaire intrahématique.

CH. AUDRY.

### **Charbon.**

**Le traitement du charbon humain** (Tratamiento del carbunclo humano), par F. VACCAREZZA, F. INDA, R. POSSE. *Semana Medica* (Buenos-Aires), nos 22, 23, 24, 25 et 26, 1922.

Le sérum d'animaux normaux ne possède qu'une très faible influence préventive et curative sur le charbon expérimental ; son action est nettement inférieure à celle du sérum immunisé spécifiquement. On a exagéré l'efficacité du sérum normal dans le charbon humain : elle est dans les cas le plus favorables équivalente à celle du sérum spécifique. On peut donc supposer qu'il s'agit là d'une action d'ordre protéinique et il est logique d'avoir recours à des substances comme la peptone, qui ont l'avantage de mettre à l'abri des accidents sériques. Les auteurs ont employé la solution de Nolf qui fut le premier à utiliser la peptone dans les états infectieux. Les injections intraveineuses donnent lieu à des réactions assez violentes. On emploiera donc la voie intramusculaire et les résultats obtenus ne sont pas inférieurs à ceux du sérum spécifique.

PELLIER.

**Cheveux annelés.**

Etude des cheveux annelés (A study of ringed hair). par Cady et Trotter.  
*Arch. of Dermat.*, sept. 1922, p. 301.

Plusieurs générations successives de trois familles différentes présentaient cette dystrophie pigmentaire des cheveux dont il n'existe encore que 18 cas dans la littérature médicale. La leukotrichia annularis ou canitie annelée consiste en une distribution irrégulière du pigment dans les cheveux qui sont tantôt moitié clairs, moitié foncés, tantôt présentent des segments plus ou moins longs alternativement foncés et clairs. C. et T. ont constaté, qu'au niveau des segments clairs, le pigment n'est pas absent mais disposé en amas. Les zones claires, dépourvues de pigment, disparaissent lorsqu'on soumet les cheveux à l'action prolongée d'un corps gras tel que le pétrole. Dans ces mêmes conditions un cheveu normal paraît ne plus avoir de canal médullaire ; c'est ce qui fait croire que l'aspect annelé est dû à des bulles gazeuses contenues dans l'écorce du cheveu et dans le canal médullaire. Pour C. et T. ce gaz serait l'anhydride carbonique car il se résorbe sous l'action de la soude.

Il s'agirait donc d'une dystrophie des cheveux normalement pigmentés. Il n'y a ni absence de formation, ni destruction du pigment. Cette affection, dont l'étiologie est absolument inconnue, est transmissible directement pas hérédité. Elle ne trouble nullement la croissance des cheveux qui gardent leur diamètre normal. Quelques fois, tous les cheveux ne sont pas annelés et l'affection n'est reconnue que par un examen attentif.

S. FERNET.

**Creeping disease.**

Un cas de creeping disease (Ein Fall von creeping disease), par E. Lohner.  
*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXL, p. 1.

Un cas de *larva migrans* observé à Buda-Pest sur un ingénieur, siégeant sur l'avant-bras et où l'on a pu saisir une larve initiale de *gastrophilus equi*.

CH. AUDRY.

**Cuir chevelu.**

Larve de mouche dans le cuir chevelu (Über einen Fall von Fliegenmaden im Kopfhaar), par F. Fitz, *Dermatologische Wochenschrift*, 1922, n° 31, p. 773.

Goehl a décrit en 1919 une *myasis dermatosa muscosa capitis*. Il s'agissait d'une fille de 20 ans, pouilleuse, avec des érosions où se trouvaient des vers. F. en rapporte un autre cas observé chez une mendiante de 40 ans porteuse de poux, de gale, de morpions, dont le cuir chevelu chargé de croûtes présentaient des larves de mouches, d'un blanc jaunâtre, vivant au-dessus des croûtes suintantes accumulées.

CH. AUDRY.

# NOUVELLES

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE  
HOPITAL SAINT-LOUIS

Professeur : M. JEANSELME

### COURS DE PERFECTIONNEMENT DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES

Sous la Direction de M. le Professeur Jeanselme avec la collaboration de.

M. le Professeur Sébilleau et de MM. Hudelo, Milian, Ravaut, Lortat-Jacob, Louste, médecins de l'Hôpital Saint-Louis, Lian, Darré, Tixier, De Jong, Sézary, Touraine, médecins des hôpitaux.

M. Gougerot, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

MM. Coutela, ophtalmologiste des hôpitaux; Hautant, Lemaitre, otorhino-laryngologistes des hôpitaux.

Sabouraud, chef du Laboratoire municipal de l'hôpital St-Louis; P. Chevalier, ancien chef de clinique; Burnier, Marcel Bloch, Hufnagel, Schulmann, chefs de clinique et de laboratoire à la Faculté; Pomaret, Giraudau, chef des travaux chimiques et physiques; Marcel Sée, Bizard, Noiré, Civatte, Ferrand, chefs de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis; Barbe, médecin des Asiles.

Le cours complet de *DERMATOLOGIE* commencera le 5 octobre 1923.

Le cours complet de *VÉNÉRÉOLOGIE* commencera le 14 novembre 1923.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 150 francs.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au Musée de l'Hôpital Saint-Louis et à l'Amphithéâtre de la Clinique (salle Henri IV), 40, rue Bichat (10<sup>e</sup>), Paris.

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.), de Physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra-violets, finsentherapie, radium), de Thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc.

Le Musée des Moulages est ouvert de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Les cours auront lieu tous les après-midi de 1 h. 30 à 4 heures et les matinées seront réservées aux Polycliniques, visites des salles, consultations externes, ouvertes dans tous les services aux élèves.

Un certificat sera attribué aux assistants à la fin des cours.

On s'inscrit au Secrétariat de la Faculté de Médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (guichet 3).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Burnier chef de clinique à la Faculté, Hôpital Saint-Louis (pavillon Bazin).

---

Le Gérant : F. AMIRAULT.

---

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

